MIRCEA LĂZĂRESCU

BAZELE PSIHOPATOLOGIEI CLINICE

EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE

Mircea Lăzărescu

Bazele Psihopatologiei Clinice

2010

Copyright © Editura Academiei Române, 2010.
Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate editurii.

EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE
Calea 13 Septembrie, nr. 13, Sector 5
050711, București, România,
Tel: 4021-318 81 46, 4021-318 81 06
Fax: 4021-318 24 44
E-mail: edacad@ear.ro
Adresa web: www.ear.ro

Referenți științifici: Prof. dr. Constantin BĂLĂCEANU-STOLNICI
membru de onoare al Academiei Române
Acad. Constantin POPA

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
LĂZĂRESCU, MIRCEA
Bazele psihopatologiei clinice / Mircea Lăzărescu. -
București : Editura Academiei Române, 2010
ISBN 978-973-27-1945-9

159.97

Redactor: Doina ARGEȘANU
Tehnoredactor: Daniela FLORESCU
Coperta: Mariana ȘERBĂNESCU

Bun de tipar: 22.10.2010; Format: 8/61×86
Coli de tipar: 36
C.Z. pentru biblioteci mari: 616.89
C.Z. pentru biblioteci mici: 61

Argument

Abrevieri

Partea I

Problematica psihopatologiei clinice……pg.7

Partea II

Psihopatologia clinică în perspectiva neokraepeliană, cantitativă şi obiectivantă

1. Episodul psihopatologic……pg.67
2. Tulburările de personalitate; aspect semnificativ a terenului personalistic perturbat
3. Tulburările mintale şi sistematizarea lor
4. Diagnosticul şi evaluarea în psihopatologie

Partea III

Perspectiva doctrinelor psihopatologice. Modularitatea în psihopatologie…295

5. Psihopatologia în perspectiva developmentală şi a ciclurilor vieții
6. Influențe psihosociale în psihopatologie; doctrina vulnerabilitate/stres
7. Contribuția doctrinelor evoluționiste, cognitiviste şi fenomenologice la psihopatologie; creierul social şi sinele încarnat

Partea IV

8.Ce e sănătatea mintală?.....pg.487

Anexe

I. Scheme ale organizării psihismului persoanei
II. Trăiri normale şi patologice în perspectivă antropologică
III. Psihopatologia clinică clasică între Jaspers şi Ey; cazul psihopatologic
IV. Mişcarea antipsihiatrică şi naşterea DSM-III
V. Spiritul ştiințific contemporan a cărui expresie este DSM-III-IV
VI. Diagrama intim public a subiectivității persoanei în istoria Europei; spectrul paranoid

Argument

Un domeniu ştiinţific cum e cel al psihopatologiei clinice, după ce se stabileşte un suficient acord asupra delimitării sale, îşi poate etala cunoştinţele asupra cărora există un consens major, se poate lăuda cu succesele sale în cunoaştere pe care le-a obţinut în ultima perioadă şi pe care le propune ca referenţial pentru practica actuală şi pentru cercetări viitoare.

Autorul acestei lucrări, interesat fiind de psihopatologie, a asistat în ultima jumătate de veac la multiple noi apariţii şi metamorfoze în domeniu. În această lucrare se încearcă o sinteză asupra "bazelor psihopatologiei clinice" care să aibă în vedere cunoaşterea actuală şi promisiunile ei. În acelaşi timp sunt trecute în revistă conjuncturile care au condus, deceniu după deceniu, la viziunea actuală. Fără a fi o lucrare de istorie, redactarea de faţă rămâne sensibilă la felul în care au apărut şi sau consolidat noi doctrine şi cunoştinţe, la modalitatea în care altele au fost uitate şi redescoperite sau reformulate în noi limbaje şi universuri de cunoaştere. Faţă de siguranţa şi intransigenţa cu care mulţi abordează frontul actual de cunoştinţe în domeniu ca fiind singurul valid şi cert, autorul se raliază celor care pledează pentru o înţelegere deschisă mereu spre noi asimilări şi constructe teoretice consistente. Cel puţin în cei treizeci de ani care s-au scurs de la publicarea DSM III, au apărut noi idei fructuoase. Iar pe de altă parte lumea umană nu a încetat să se metamorfozeze.

Dincolo de aceasta opţiune epistemologică deschisă, autorul pledează şi pentru una ontologică. Este acceptată ideea că stările psihopatologice exprimă un fel de "experiment natural" care evidenţiază infrastructura persoanei umane conştiente. Infrastructura care, la acest nivel limită a minusului antropologic, se manifestă mai clar decât în cazul plusvalorii creatoare, unde opera ce se desfaşoară în planul supraindividual al logosului şi valorilor maschează liniile de forţă portante ale persoanei.

Odată cu precizările de mai sus autorul subliniază că lucrarea se doreşte a fi în esența ei, nu una de epistemologie sau ontologie, ci una care abordează direct psihopatologia clinică, cea de care se ocupă medicii psihiatri şi psihologii clinicieni.

Cartea are patru părți. Prima încearcă să contureze domeniul psihopatologiei clinice ținând cont de istoria problemei, în corelație cu dezvoltarea psihiatriei ca ramură a medicinei, a ştiințelor conexe şi a metamorfozelor socio-politice din sec. XX. Este adusă în discuție importanța cazului în psihopatologie, sunt enumerate temele psihopatologiei clinice aşa cum se impun ele din corelația cu psihiatria şi e menționată legătura cu psihologia persoanei, fiind indicată şi problematica transculturală.

Partea a doua prezintă succint temele psihopatologiei clinice aşa cum s-au conturat ele după DSM III. În consens cu orientarea actuală în domeniu, se face distincția între episod, teren şi tulburare. La nivelul episodului psihopatologic, care este nucleul psihopatologiei clinice, e prezentată sintetic şi semiologia psihopatologică cu centrare pe sindroamele standard. Acest fapt, precum şi ordinea în care sindroamele sunt prezentate, pregăteşte elaborarea din ultimele două capitole ale cărții. Repere psihologice pentru această sistematizare se găsesc în Anexele I şi II. Terenul este abordat în înțelesul său antropologic, el fiind indicat în psihopatologia clinică prin tulburările de personalitate. Tulburarea mintală are în prezent o circumscriere controversată. Totuşi se menține ideea unui comentariu categorial, cel dimensional fiind considerat ca intervenind în completarea primului. Marile teme actuale, care nu sunt comentate în manualele de tip DSM-IV-TR şi ICD-10, sunt problema spectrului, a subtipurilor şi a prodroamelor. Diagnosticul în psihopatologia clinică actuală tinde tot mai mult să nu se rezume la psihopatologia lecturată cantitativ ci să surprindă cât mai multe arii a persoanei afectate.

Partea a treia aduce în discuție doctrinele psihopatologice care nuanțează imaginea relativ rigidă a manualelor neokraepeliene, apropiind psihopatologia clinică de realitatea nemijlocită şi de înțelegerea etiopatogenică. Actuala psihopatologie developmentală se menține destul de aproape de clinica psihiatrică dar introduce viziuni noi asupra dinamicii stărilor psihopatologice, a tranziției spre normalitate asupra influențelor psihosociale, mai ales familiale. Influențele psihosociale interesează în mod

deosebit psihopatologia clinică mai ales în calitatea lor de factori vulnerabilizatori, determinanți, declanşatori şi protectori. Rolul familiei este unul deosebit mai ales în cadrul actualei doctrini vulnerabilitate/stres. La acest nivel se evidențiază şi tema rezilienței. Psihopatologia evoluționistă, prin perspectiva ei, a revoluționat în mare măsură psihopatologia clinică. Ea aduce în discuție nu doar aspectul special al condiționării genetice ci şi "cauzele ultime" care țin de modelele adaptative fixate printr-o îndelungată evoluție. Funcționarea modulară devine un model al înțelegerii psihismului animal şi uman. Psihologia şi psihopatologia cognitivistă pariază şi ea pe modularitate, dar subliniind specificul uman al acesteia. Ea se articulează nu doar cu marile progresele ale neuroştiințelor ci şi cu tradiția psihopatologiei fenomenologice, care în prezent a recâştigat un nou avânt, comentând cu pertinență şi nuanțare diferența între psihismul şi psihopatologia comentabilă la nivel animal şi uman. Se conturează astfel pentru psihopatologia clinică actuală pe de o parte creşterea cunoaşterii în ceea ce priveşte "creierul social" pe de altă parte înțelegerea psihismului conştient ca adânc înrădăcinat în corporalitate. Actuala psihopatologie clinică are astfel la dispoziție în prezent o înțelegere a omului mult mai nuanțată decât în urmă cu 30 de ani.

Ultimul capitol, al patrulea, încearcă un răspuns la întrebarea "ce e tulburarea mintală", ținând cont de orientările, comentariile şi opiniile actuale şi invocând şi modularitatea specific umană. Sunt reluate şi idei mai vechi cum ar fi cea a "minusului antropologic", a existenței la limită şi a "experimentului natural" pe care îl realizează tulburarea mentală dezvăluind infrastructura conştiinței.

În cele cinci anexe sunt prezentate unele linii directoare pentru sistematizarea sindroamelor psihopatologice şi unele aspecte istorice corelate problemelor dezbătute.

În mod inevitabil, temele se reiau de-a lungul expunerii, motiv pentru care se utilizează unele trimiteri de subsol.

În ansamblu lucrarea încearcă să înțeleagă coordonatele fundamentale ale psihopatologiei clinice, aşa cum ni se prezintă ea în prezent. Intenția autorului nu atât e cea de a oferi soluții ci în primul rând de a ridica probleme şi a sugera direcții de abordare.

Autorul

Autorul exprimă mulțumiri pentru sprijinul primit în tehnoredactare doamnelor Jeni BLAJOVAN, Ramona BALANESCU, Cătălina GIURGI şi Roxana MIHALCEA.

Timişoara, Martie 2010

Abrevieri

APA – American Psychiatric Association
c.v. – calitatea vieții
DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
e.v. – evenimente de viață
ep.pt – episod psihopatologic
ICD – International Classification of Diseases
OMS – Organizația Mondială a Sănătății
p.pt.c. - psihologie şi psihopatologie cognitivistă
p.pt.d. – psihologie şi psihopatologie developmentală
p.pt.e. - psihologie şi psihopatologie evoluționistă
pt.f. – psihopatologie fenomenologică
r.s.s – rețea de suport social
s.n.n. – sistem nosologic nosografic
SCAN –
sd.pt. – sindrom psihopatologic
t.m. – tulburare mentală
t.p. – tulburare de personalitate
ToM – Theory of Mind – judecare socială, mentalizare
WPA – World Psychiatric Association

Partea I

Capitolul 1

Problematica psihopatologiei clinice

1.1. Ce e psihopatologia clinică?; 1.2. Medicina, psihiatria şi psihopatologia în perspectiva dezvoltării societăţii; 1.3. Structura practico-teoretică a medicinii psihiatrice. Cazul psihopatologic; 1.4. Cazul domnului L.; 1.5. Teme de bază a psihopatologiei clinice derivate din modelul medical; 1.6. Caracterizare de ansamblu a tulburării mintale; 1.7. Corelaţii psihologice ale psihopatologiei clinice; 1.8. Psihopatologia în perspectivă transcultural istorică.

1.1. Ce e psihopatologia clinică?

Psihopatologia s-a afirmat explicit la începutul sec. XX prin autori ca Jaspers, Janet şi Freud, concomitent cu relaxarea zidurilor azilelor psihiatrice şi în paralel cu dezoltarea ştiinţei psihologice. Cartea princeps a lui Jaspers din 1913 (Jaspers, 1997) poartă titlul de „Psihopatologie generală". Au fost utilizate apoi şi alte expresii ca „psihologie medicală" (Kretschmer, 1949). Glatzel publică o carte de referinţă cu titlul Psihopatologie, care are două părţi: psihopatologia generală (Glatzel, 1978) şi cea specială (Glatzel, 1984). Expresia de „psihopatologie clinică" capătă notorietate prin cartea cu acelaşi titlu, a lui Schneider din 1946 (Schneider, 2007).

Se cere configurat de la început un răspuns la întrebarea: cu ce se ocupă psihopatologia clinică? Un prim răspuns ar fi: ea încearcă să răspundă la întrebarea: "ce este tulburarea mintală?" bazându-se pe modelul medical al acesteia, pe tradiţia psihiatriei clinice ca ramură a medicinii. În continuare, ea s-ar preocupa de problemele pe care le ridică tulburarea mintală astfel decupată, de circumscrierea, înţelegerea şi atestarea ei în vederea diagnosticării şi tratării oamenilor afectaţi. În acest sens, psihopatologia clinică se constituie cu statut de ştiinţă. Ea e interesată desigur, dar indirect, de răspunsul tradiţional şi actual la întrebarea: "ce e tulburarea mentală?", pe care îl oferă alte perspective de abordare, precum cea mitico-religioasă, filosofică, socio-administrativă, cea bazată pe atitudinea şi psihologia populară, cea elaborată de unele doctrine psihopatologice. Pentru toate rămâne fundamentală referinţa la medicina psihiatrică. Chiar şi psihologia aplicată a profesiei medicale, cea care se ocupă de relaţia

medic pacient, de felul în care omul bolnav îşi trăieşte suferinţa şi apropierea de moarte, îşi împrumută unele concepe de bază ca anxietatea şi depresia din psihopatologia clinică, care care ca referenţial problematica psihiatrică.

*

* *

Psihiatria s-a încadrat relativ recent în medicină, în cursul modernităţii (Foucault, 1996). Ea a mai avut aceasta integrare şi în lumea greco-romană dar acest fapt ţine de o istorie îndepărtată (Alexander, 1972). Evoluţia recentă a psihiatriei în cadrul istoriei Occidentului e importantă pentru psihopatologia actuală deoarece ea a parcurs etape cu repercusiuni semnificative asupra înţelegerii „nebunilor" şi „nebuniei". De la câmpurile de concentrare ale sec. XVII-lea, la naşterea Clinicii medicale în sec. XVIII, (Foucault, 1998) la azilele psihiatrice din sec. XIX (Goffman, 1977) când s-a născut medicina localizaţionistă şi până la cabinetele private şi tentativele de dezinstituţionalizare ale sec. XX, istoria psihiatriei nu reflectă doar o evoluţie a ştiinţei şi concepţiei despre lume a umanităţii europene ci şi atitudinea faţă de sine, faţă de extremele existenţei sale, ale omului, în cursul acestor etape istorice. Distanţarea civilizaţiei europene faţă de „nebunie" prin izolarea acesteia în „câmpurile de concentrare" ale sec. XVII, s-a menţinut până la azilele psihiatrice ale sec. XIX şi XX. Tematica psihopatologiei clinice, studiată cu atenţie în aceste azile, a stat la baza descrierii şi comentării unui număr de sindroame şi de boli psihice. La baza acestor entităţi nosologice a fost de la început descrierea şi identificarea lor, interpretările etiopatogenice şi intervenţiile terapeutice fiind multă vreme minime. Astfel, aspectul descriptiv semiologic a fost primul care s-a impus. Încă şi în prezent trăim sub moştenirea acestei psihopatologii descriptive, definiţia oficială a tulburării psihice într-un manual ca DSM-IV TR. făcând referinţă la prezenţa unui "sindrom semnificativ clinic". Odată cu interesul pentru evoluţie şi etiopatogenie, în sec. XX s-au dezvoltat şi doctrine psihopatologice diverse. Doctrinele şi modelele psihopatologice ale sec. XX şi cele actuale, care au stat şi stau în spatele diverselor forme de psihoterapie şi intervenţie psihosocială, au însă o referinţă constantă la decupajul psihopatologiei clinice, pe care o interpretează variat, în articulaţie cu psihologia omului normal. Psihiatria comunitară ce s-a manifestat la

sfârşitul sec. XX, are şi ea ca punct de plecare psihiatria tradiţională şi psihopatologia clinică descriptivă.

*

* *

Întrebarea privitor la „ce e tulburarea mentală”? poate fi încadrată în setul de întrebări ontologice pe care l-au formulat vechii greci (David, 1977): - Dacă ceva există? – Dacă este, ce este? – De câte feluri este? – Pentru ce este? Pentru prima întrebare există un răspuns empiric. Tulburarea mintală este atestată, de om şi pentru om, prin manifestarea ei constantă de-a lungul istoriei, prin expresiile lingvistice, prin oamenii bolnavi mintal pretutindeni identificaţi şi îngrijiţi, plasaţi într-un topos determinat în structura societăţii, prin realitatea instituţiilor ce s-au organizat uneori pentru a se ocupa de ei. La a doua şi a treia întrebare răspunsul va fi comentat în lucrarea de faţă. Cea de-a patra întrebare, care s-a formulat în atmosfera teleologiei aristoteliene, face obiectul etiopatogeniei psihiatrice, care continuă să se dezvolte prin studii empirice şi sinteze teoretice.

Revenind la întrebarea „ce este tulburarea mintală?” ea are implicaţii ontologice care se desfăşoară diferit în funcţie de formulare. Astfel sistemul american DSM-III-IV afirmă explicit că este orientat să identifice „tulburări mintale” şi nu persoane suferinde, bolnavii mintali. Deci, optează pentru formularea: „acest om <u>are o</u> schizofrenie” şi nu pentru formularea „acest om <u>este</u> schizofren”. Acest tip de opţiune nu e specifică doar psihopatologiei clinice. În mod similar se pot face aserţiuni ontologice privitoare la talent, geniu, prostie. Astfel se pot formula expresii cu variate valenţe logice:

• Tulburarea mentală există		- bolnavi mentali
• Talentul există	există oameni care sunt	- talentaţi
• Genialitatea există	unii oameni sunt	- geniali
• Prostia există	acest om este	- proşti

De la Aristotel la dezbaterea dintre nominalişti şi realişti şi apoi până în zilele noastre, astfel de formulări şi probleme sunt mereu ridicate. Diferenţa în formularea întrebărilor şi asertărilor logico-ontologice ghidează diferenţa de abordare a cercetării şi preocupării faţă de problemă. Dacă accentul e pus impersonal pe existenţa tulburării ca

entitate generală prezentă în oameni, aşa cum e definită ea în DSM-IV-TR, efortul va fi în primul rând de a defini, depista, studia şi înțelege cauzal etiopatogenia acestei „boli”, a acestei entități generale, indiferent de contextul personal, situațional, biografic şi istoric cultural determinat. Faptul implică o atitudine ştiințifică obiectivantă, care face eforturi să standardizeze şi să cuantifice cât mai mult aspectul problemelor, pentru buna comunicare şi pentru garantarea validității şi reproductivității cunoştințelor. În cazul nostru privitor la bolile mintale. Dacă accentul e pus pe omul concret şi real ce trăieşte tulburări psihice, se va manifesta un interes crescut pentru biografie, context, interacțiuni interpersonale, nişa ecologică umană şi valorile culturii în care el există. Şi la fel, privitor la semnificația stărilor psihopatologice pentru existența umană. Cel de al doilea aspect devine important mai ales când se are în vedere nu doar tulburarea manifestă ci şi cea potențială. Adică riscul față de tulburare, vulnerabilitatea, factorii protectivi, aspectele incipiente şi subclinice, prognosticul şi perspectiva developmentală a omului suferind.

În ambele eventualități menționate mai apare o problemă. Şi anume dacă există o legătură, şi dacă da în ce constă această relație,între starea de boală psihică şi starea de normalitate a omului. Cu atât mai mult cu pentru toate manifestările psihopatologice se poate găsi un echivalent în trăiri normale, mai ales în formele sale excesive de manifestare. Sau altfel formulat: în ce măsură tulburarea psihică poate fi derivată din existența normală, din structura acestei existențe? În ce măsură deci poate fi ea înțeleasă ca un minus, ca o desimplicare din aceasta? Sau, dacă ea nu apare cumva ca o alteritate, ca o neoformație în raport cu parametrii normali de funcționare şi existență a omului, ca ceva apărut din afară, cu care omul se contaminează. În direcția acestei întrebări unul din răspunsurile tradiționale care va fi susținut şi în lucrarea de față este că tulburarea mintală este consubstanțială existenței normale, că se manifestă ca o caricatură a ei în sens deficitar, că ea evidențiază prin desimplicare aspecte bazale ale infrastructurii existenței persoanei conştiente.

*

* *

Formularea unei probleme şi răspunsul la aceasta se realizează totdeauna într-o situaţie. Într-o situaţie istorică dată, într-o lume umană definită socio-cultural, care există după liniile de forţă ale unei civilizaţii materiale şi a unor cunoştinţe, a unor valori. O psihopatologie clinică se poate scrie în prezent, evident, doar cu referinţă la starea actuală de lucruri, în perspectiva cunoştinţelor şi problematicii ei actuale. Bineînţeles, neignorând trecutul, istoria, conceptele şi cunoştinţele ce s-au acumulat, tradiţia. Şi de asemenea, având în vedere deschiderea spre viitor, cel puţin faţă de cel cât de cât previzibil.

Centrarea pe prezent nu are în vedere doar formularea în termenii cunoştinţelor actuale în domeniu, ci şi faptul că omul la care psihopatologia se referă se metamorfozează şi el. Şi încă destul de rapid în zilele noastre. În raport cu omul de acum 100 ani sau chiar 50 ani, în prezent altul e stilul predominent şi normal de manifestare a persoanelor, altele sunt coordonatele vieţii sociale, altele expectanţele. De asemenea, înţelegerea de sine a omului s-a modificat. Şi se modifică felul în care el înţelege să se raporteze la sine. Atenţia acordată subiectivităţii care a marcat modernitatea Europei e în scădere în raport cu importanţa performanţelor pragmatice. Pe de altă parte câştigă teren teoria developmentală şi cea a ciclurilor vieţii, înţelegerea evoluţionistă a omului, abordarea situaţională a persoanei, toate semnalând un alt sens al identităţii acesteia decât cel tradiţional. Şi e posibil ca această metamorfoză istorică a umanului să aducă în prim plan, într-un viitor nu foarte îndepărtat, şi alte moduri de manifestare, preocupări şi stiluri de viaţă care, prin excesul, distorsiunea şi negativitatea lor să evidenţieze prin desimplicare stări psihopatologice care altcândva şi altundeva, nu aveau pregnanţă şi importanţă, erau mascate sau de importanţă mai redusă. Mulţi s-au întrebat unde era schizofrenia înainte de Kraepelin şi Bleuler. E posibil ca o parte din caracteristicile acestei tulburări să fi fost altfel descrise. Dar e posibil şi ca stilul de manifestare uman dinn sec. XX să ridice mai mari probleme sintezei psihice individuale, astfel încât deficienţa în organizarea coerentă a gândirii, vorbirii şi comportamentului asertiv, deci fragmentarea (schizis-ul) psihismului, să devină la un moment dat mai evidente. La fel ca şi paranoidia, într-o lume socială tot mai concurenţială.

Totuşi, în spatele metamorfozelor, ceva rămâne constant. Toate mărturiile istorice de milenii, tot ceea ce s-a cumulat în ultimele două secole de observaţie clinică psihiatrică şi psihopatologică, indică o anumită tematică şi problematică destul de persistentă şi bine circumscrisă a tulburării mintale. (Postel, 1983) Care în plus se articulează semnificativ cu trăirile fundamentale ale omului normal, cu modelele sale bazale de funcţionare adaptativă şi creativă. Anxietatea şi frica, depresia şi euforia, convingerea fanatică şi importanţa deliberării, autocontrolul comportamentului şi preocuparea pentru ordine, nevoia de comunicare comprehensivă şi de încredere în alţii dar şi senzitivitatea sau suspiciunea - ca să luăm doar câteva exemple - sunt manifestări constante ale existenţei oamenilor normali. Şi la fel ele stau în mod constant la baza unor stări psihopatologice. După cum psihologia evoluţionistă urmăreşte în prezent descifrarea unor modalităţi psihice adaptative pe tot parcursul formării omului, sute de mii sau milioane de ani; moduli psihici adaptativi care pot deveni disfuncţionali.

Tulburarea mintală poate fi înţeleasă dincolo de aspectele sale conjucturale de manifestare şi lectură, ca un „experiment natural" ce se petrece constant cu omul. Şi care dezvăluie, aduce în lumină – în perspectiva deficienţei, excesului, suferinţei şi dezadaptării – infrastructura existenţei umane conştiente. Care, în cazul bolii mintale, apare mai clar în evidenţă decât în cazul genialităţii. Unde, în prim plan se plasează creaţia şi noutatea suprapersonală a operei.

Astfel psihopatologia, inclusiv în varianta psihopatologiei clinice, are şi valoarea unui document ontologic.

1.2. Medicina, psihiatria şi psihopatologia clinică în perspectiva metamorfozelor sociale şi a logicii cercetării

În tot cursul secolului XX psihiatria a fost considerată şi a rămas o parte a medicinei, un membru, ce e drept cam incomod al ştiinţei şi practicii medicale. E adevărat că celelalte specialităţi nu au prea simpatizat-o şi nici ea nu s-a simţit prea bine aşezată alături de toate celelalte „boli ale trupului", căutând mereu să evadeze. Dar

de despărțit nu s-au despărțit. Şi în această instituție a medicinei se află şi azi, cu toată deschiderea ei spre comunitate şi spre problematica sănătății mintale.

E de remarcat că în civilizația Europei psihiatria a intrat oficial în medicină la cumpăna dintre secolele XVIII şi XIX, într-o perioadă în care s-a născut şi „Clinica medicală". În analiza pe care Foucault (Foucault, 1998) o face apariției acestei instituții, autorul francez evidențiază specificitatea contextului social şi epistemologic de atunci, marcat de atenția acordată ordinii şi ordonării vieții sociale, în vederea creşterii posibilității de supraveghere a cetățeanului. Clinica se naşte concomitent cu atenția crescuta acordată organizării închisorilor, internatelor, cazărmilor şi muncii controlate din întreprinderi (Foucault, 1997).

Nebunii, care după Revoluția Franceză s-au văzut eliberați din spațiile de claustrare a Spitalelor generale au ajuns să fie , din nou, claustrați sub altă formă, în azilele de neuropsihiatrie, aflate de obicei la marginea oraşelor, unde medicii îi supravegheau şi-i studiau atent. În perspectivă practică apartenența psihiatriei la medicină era în secolul XIX mai mult formală. Dar lucrurile erau stabilite.

Cumpăna cu secolul al XX-lea aduce însă schimbări. Una din acestea a fost preocuparea pentru bolnavii din afara clinicii, din cabinetele de consultație, fapt care a permis să se acorde importanță speculațiilor în ceea ce priveşte intervenția factorilor psihici în etiopatogenie. Aşa s-a născut psihopatologia, odată cu Freud, Janet şi Jaspers. Cealaltă schimbare importantă a fost introducerea de către Kraepelin a modelului medical în psihiatrie. Astfel, pe lângă simptomatologie, care a fost descrisă şi inventariată cu asiduitate în tot secolul XIX, Kraepelin a propus luarea în considerare a terenului, de exemplu a vârstei şi a modelulului evolutiv, nefavorabil în schizofrenie, mai favorabil în psihoza maniaco-depresivă. Perspectiva studierii longitudinale a evoluției clinice a permis o mai clară şi mai adecvată sistematizare a nosologiei, invitând la aprofundarea studiilor etiopatogenice şi a posibilităților terapeutice.

Evoluția psihiatriei şi psihopatologiei în secolul XX a depins de mulți factori ce parțial sau la prima vedere i-au fost exteriori. Astfel doctrinele psihologice privitoare la teoria persoanei, a formării şi dezvoltării sale, au fost dezvoltate în mare măsură de psihologi dar nu fără ca aceştia sa fie atenți la aspecte psihopatologice. Exemplară este

psihanaliza care s-a vrut o antropologie generală, cu bătaie în universul culturii şi în sociologie. Ea a rămas, însă, tot timpul şi cu un program de interpretare a stărilor psihopatologice şi cu unul de psihoterapie analitică. Teoriile învățării s-au dezvoltat în afara psihiatriei dar au ajuns la un moment dat să fie utile în explicațiile unor fapte psihopatologice şi în psihoterapie. Fenomenologia a apărut ca o metodă în doctrina filosofică, dar destul de repede şi-a găsit o aplicare în interpretarea unor fapte psihopatologice. Neurologia, neurofiziologia, psihoneurologia şi în general ştiințele creierului se dovedesc, prin rezultatele lor cumulative, tot mai fructuoase pentru psihopatologie, în contextul orientării cognitiviste contemporane. Şi la fel ştiința comportamentului uman care stă la baza extraordinării dezvoltări în ultimii ani ai psihopatologiei developmentale.

Mari influențe asupra psihiatriei şi psihopatologiei le-a avut, în secolul al XX, cu precădere în cea de-a doua jumătate a acestuia, doctrinele şi manifestările socio-politice. Dezvoltarea şi impunerea progresivă a ideologiei democrațiilor occidentale a condus la programele de dezinstituționalizare, la grija pentru evitarea abuzurilor psihiatrice, la efortul pentru respectarea drepturilor şi demnității persoanei în cazul suferinței psihice, la progresul psihiatriei comunitare. Şi în plus, la dezbaterea liberă, critică şi argumentată, concurențială, a asertărilor ştiințifice în acest domeniu.

Fiind ancorate în medicină, psihiatria şi psihopatologia clinică au beneficiat desigur şi de progresele continui ale acesteia. Apariția medicației psihotrope la mijlocul sec. XX a revoluționat terapia psihiatrică. Psihoterapiile care se bazează pe doctrine psihopatologice, au preluat şi ele modelul medical, devenind tot mai tehnice şi mai atente la evaluarea rezultatelor, prin dovezi, la fel ca în orice terapie.

Psihiatria a fost şi ea antrenată în programe de cercetare după acelaşi model ca întreaga medicină; adică cu efortul de a se baza pe evidențe (Freeman, 2006; Magnunson, 1994). Aceasta a necesitat o cât mai riguroasă circumscriere a tulburărilor mintale astfel încât aceeaşi stare psihopatologică să poată fi studiată de mai mulți cercetători iar rezultatele să fie comparabile. De ajutor a fost, la fel ca pentru întreaga medicină şi pentru multe direcții ale cercetării ştiințifice, progresele făcute în alte domenii ce susțin logica cercetării ştiințifice. Un moment de răscruce pentru psihiatria şi

psihopatologia clinică a fost publicarea în 1980 a DSM-III. Acesta a marcat atitudinea neopozitivistă de a studia cât mai riguros tulburările mintale. S-au introdus definiţiile operaţionale care iniţial au fost utilizate în cercetarea din chimie. Ele au fost preluate, la sugestia lui Hempel, pentru circumscriere în vederea cercetării unor entităţi nosologice psihiatrice, de către şcoala din St. Luis. Ulterior ele au fost extinse la întreg sistemul nosologico-nosografic al psihiatriei. Logica şi ştiinţa comunicării a sprijinit apoi psihopatologia clinică prin dezvoltarea interviurilor structurate şi semistructurate, fapt care a crescut acordul dintre cercetători. Scalele de evaluare psihopatologice au completat acest instrumentar metodologic de cercetare.

Bazându-se pe instrumente standardizate şi cuantificate, pe criterii clar definite de identificare şi evaluare, psihopatologia clinică actuală are un plus de ştienţificitate în raport cu situaţia din urmă cu 50 de ani. Pe de altă parte se menţine şi chiar se accentuează caracterul de „construct teoretic" al cunoaşterii psihiatrice şi psihopatologice, în mod similar cu cel din alte domenii ale ştiinţelor. În prezent, dacă ne referim la cunoştinţele actuale privitoare la depresie, schizofrenie, tulburarea de personalitate borderline, etc., trebuie precizat ce criterii de diagnostic au fost utilizate pentru includerea şi excluderea cazurilor din loturile studiate. De ex. ce definiţie s-a acceptat pentru schizofrenie, ce criterii au fost avute în vedere în selecţionarea cazurilor studiate, ce subtipuri sau forme clinice au predominat în lotul invocat, dacă în afară de actualul episod schizofren toate episoadele anterioare au fost de acelaşi tip sau a fost mai mult sau mai puţin diferite. Studierea unor loturi foarte omogene e importantă dar acestea reprezintă unu mic procent din cazuistica reală. În continuare, atunci când se efectuează un studiu ştiinţific se cere precizat cu ce interviuri structurate sau semistructurate au fost ridicate datele şi cu ce metode matematice au fost prelucrate. Rezultatele studiilor care au folosit criterii mai largi pot diferi de cele care au folosit criterii mai restrictive, sau de cele obţinute cu alt interviu, chiar dacă e vorba de acelaşi lot. Prin decupajul lor riguros, cercetările ştiinţifice pun între paranteze multe aspecte ale existenţei reale a persoanei. În plus, pentru a se urmări evoluţia cazurilor, să spunem de depresie, schizofrenie, tulburare de personalitate borderline, ele trebuie şi reevaluate după un timp. Dar în lumea actuală a ştiinţei psihopatologice, la un interval de 10 ani,

criteriile de diagnostic se pot schimba iar interviurile structurate cele mai performante pot fi altele.

Problemele pe care le ridică cercetarea în psihopatologie ține nu doar de instrumentele prin care se identifică şi se evaluează un caz ci şi de semnificația sa pentru câmpul teoretic. Ştiința din sec.XX a lămurit progresiv că nu există caz şi fapt empiric de cercetat fără ca el să fie corelativ unui câmp teoretic şi problemelor pe care le ridică acestea. Uneori în psihopatologie, câmpul teoretic se referință nu e clar şi explicit ci doar presupus şi explicat. Invocarea geneticii şi implicării creierului sau a funcțiilor cognitive ori a evenimentelor de viață e insuficientă dacă ea nu e referită la modele teoretice comprehensibile. Acesta e un domeniu amplu deschis cercetării psihopatologice care în prezent poate beneficia de multe oferte interdisciplinare, fără a părăsi teritoriul specific antropologiei.

Tulburarea psihică, stările psihopatologice care sunt studiate riguros cantitativ prin instrumente standardizate, ne dau o imagine veridică asupra psihopatologiei umane dar nu una completă. Ele exclud multe cazuri care nu se conformează criteriilor – de obicei cazurile mai complexe – şi presupun o lectură univocă, fără nuanțe. În plus, toată această metodologie a fost elaborată şi exersată pe un anumit tip de om, omul actual în varianta sa european-americană, care are caracteristicile sale specifice de comportament, stil de viață, mentalitate, etc., rezultatele fiind doar extrapolate la restul umanității. Intervin în plus probleme de limbaj, probleme conceptuale, probleme legate de valori, toate acestea nefiind lucruri banale şi de la sine înțelese. Psihopatologia clinică actuală se cere înțeleasă ca parte componentă a practicii medico-psihiatrice şi psihoterapeutice din prezent, cu toată actualitatea istorică a acesteia şi cu toate interconexiunile cu universul practico-teoretic al umanității actuale. Şi totuşi, ea aspiră spre adevăruri ce transgresează filtrul contemporan de lectură. O strădanie în acest sens o reprezintă corelațiile cu funcționarea creierului. În acelaşi sens de căutare a unei veridicități mai generale se desfăşoară şi eforturile psihopatologiei evoluționiste, developmentalecognitivisteşi fenomenologice.

Acestea fiind spuse se poate afirma că psihopatologia clinică se înscrie într-o tradiție, exprimă un adevăr şi în acelaşi timp rămâne un domeniu deschis cercetării şi unei continui reelaborări, în prezent şi în viitor.

1.3. Structura practico-teoretică a medicinii psihiatrice; cazul psihopatologic

Psihopatologia clinică are ca referențial de bază practica psihiatrică în sensul ei lărgit de grijăpentru omul suferind şi deviant psihic. Aceasta se desfaşoară într-un cadru instituțional, după o anumite reguli şi invocând un câmp teoretic. O tulburare psihică prezentă la un om este abordată practic, receptată, înregistrată, descifrată, diagnosticată în vederea unui proiect terapeutic de către profesionişti încadrați într-un sistem instituționalizat. Dimensiunea teoretică este şi ea inevitabilă la acest nivel, la fel ca în orice practică umană. Ea se realizează prin limbaj, prin concepte, noțiuni, teorii, definiții, sistematizări, algoritme de diagnostic şi terapie. În câmpul teoretic al medicinii, entitățile numite boli sau tulburări psihice au o realitate distinctă, exprimând cunoaşterea şi concepția specialiştilor din socio-cultura respectivă față de patologie. În această instanță a medierii prin logos, elementul central pe care se bazează comentariul psihopatologic clinic, îl reprezintă "cazul psihopatologic".

Faptul că există undeva un om care suferă din punct de vedere psihic şi din această cauză îi face pe alții să sufere, perturbă viața socială şi e neproductiv, este un fapt al ontologiei sociale. Cei din jur, societatea, pot reacționa spontan la acest fapt, uneori în sens adversiv, prin etichetare, rejecție, marginalizare, claustrare. Faptul că acelaşi caz este preluat de specialist, diagnosticat, evidențiat în rapoartele medicale, este un alt aspect, secundar primului care-i stă la bază, şi distinct de el, reprezentând o altă realitate socio-culturală. Specialistul face apel la cunoştințele sale teoretice, la ceea ce a învățat, ceea ce e prezentat în manuale şi tratate, la cunoaşterea pe care o ameliorează constant cercetarea ştiințifică. Suferinzii care nu sunt depistați de niciun serviciu de diagnostic şi terapie psihiatrică, pur şi simplu nu există pentru statistica psihiatrică şi pentru practica medicală instituționalizată. Nu se poate şti cu precizie câți bolnavi de schizofrenie sunt efectiv la un moment dat într-o zonă în care de ex. la 1.000.000 locuitori există un singur specialist; se poate doar bănui printr-o extrapolare din

cercetările ce au avut loc în alte părți. Desigur, bolnavul nedepistat de instituțiile medico-psihiatrice funcționale – aşa cum le concepem noi azi – îşi poate reveni singur sau cu ajutorul unui prieten, a unui preot, a unui vindecător popular. Instituțiile psihiatrice ce funcționează după modelul occidental au însă o clară structură practico-teoretică.

Se pot distinge deci următoarele aspecte:

- existența nemijlocită a unui om ce prezintă tulburări psihice
- reacția spontană, "naturală" a celor din jur în conformitate cu o "psihologie populară" şi o atitudine socială spontană
- identificarea, interpretarea, evaluarea, etichetarea şi programul terapeutic al celor din instituțiile medico-psihiatrice în raport cu respectivul suferind
- conceperea tulburării psihice în ştiința psihiatrică a unei vremi, ca referențial pentru comportamentul practic al specialiştilor în boli mintale ce activează în diverse instanțe instituționale La acest nivel sunt descrise şi interpretate tulburări mintale, cuprinse într-un sistem nosologic-nosografic.

Psihiatria face parte din medicină, iar medicina este o practică umană, la fel ca învățământul şi justiția. O întreagă dezbatere, inițiată de R. Munson (Munson, 1981) şi continuată de Sandler, (Sandler, 2005) s-a desfăşurat în ultimul timp în jurul temei: „de ce medicina nu poate fi o ştiință în sens strict." Ea nu poate fi redusă la o disciplină ştiințifică mai bazală, ca de ex. biologia sau fizica, deşi se foloseşte din plin de rezultatele acestora. Psihiatria nu este reductibilă nici la ştiințe ca psihologia şi sociologia. Şi nu e doar o ştiință aplicată. Faptul de a fi în primul rând şi în mod esențial o practică, caracterizează medicina şi psihiatria la fel ca educația şi justiția. Psihopatologia ca ştiință derivă din această practică şi gravitează în jurul ei. Din structura practicii medico-psihiatrice fac parte instituții precum spitalele şi serviciile ambulatorii de asistență de toate tipurile, personalul care activează în acestea, şcolile care formează acest personal şi instituțiile care asigură învățământul continuu şi promovarea. La fel, din această structură practico-teoretică fac parte cunoştințele teoretice ale specialiştilor pe care ei le-au asimilat în cursul formării lor şi care sunt concretizate în ştiința medicală a vremii, în sistemul bolilor care sunt acceptate în socio-

cultura respectivă şi la care ei se referă în gândire şi acţiune. Aceste cunoştinţe despre boli, care funcţionează într-o comunitate de specialişti, presupun o elaborare teoretică, formularea cunoştinţelor într-un limbaj tehnic, propun o clasificare, denumiri, tehnici de diagnostic, recomandă scheme de terapie bazate pe fapte dovedite ştiinţific. Toate acestea se găsesc sintetizate în tratatele şi manualele de psihiatrie ale sec. XX, în revistele ştiinţifice, în cursurile predate. Iar sistematizarea relativ oficială a entităţilor nosologice a început să fie făcută publică periodic în a doua jumătate a sec. XX, sub forma sistemelor DSM şi ICD. Dar, nu trebuie nicicând uitat că bolile sau tulburările pe care le are în vedere ştiinţa psihiatrică sunt, cel puţin în parte, un construct teoretic. Fapt care l-a subliniat de mult Jaspers (Jaspers, 1997) şi Glatzel (Glatzel, 1978) şi care e în prezent mereu reamintit. Când se vorbeşte de o tulburare psihică cum ar fi schizofrenia sau tulburarea obsesiv-compulsivă, nu se are în vedere doar realitatea acestei entităţi prezentă în oamenii pe care-i consultă specialistul; ci şi constructul teoretic sintetic ce e realizat la un moment dat, pe baza cunoştinţelor reunite. Şi care se invocată ca o grilă de lecturi de identificare a unui caz dat şi care este avut în vedere de practician.

Între realitatea nemijlocită a omului cu tulburări psihice care intră în contact cu reprezentanţii abilitaţi ai practicii psihiatrice, pe de o parte şi cunoştinţele teoretice ale unei vremi, sintetizate în tratate, manuale, monografii, ghiduri practice, reviste şi comunicări ştiinţifice, sisteme generale de definiţii şi clasificare, pe de altă parte se plasează o instanţă intermediară, de legătură, şi anume "cazul psihiatric". Problema cazului se pune în psihopatologie, în psihiatrie, la fel ca în întreaga medicină. Mai mult, ca în întregul domeniu al practicilor. Şi totuşi, ea apare şi într-un fel special. Oricum, abordarea psihopatologică nu e posibilă fără comentarea şi înţelegerea sa.

Cunoştinţele teoretice sunt activate atunci când practicianul se raportează la persoane reale şi concrete cu care vine în contact în practica sa. Şi care, cu această ocazie, devin "cazul" pe care el îl diagnostichează şi îl tratează. Desigur psihiatrul, psihopatologul are în vedere şi oamenii suferinzi pe care i-a mai tratat şi pe care şi-i aminteşte ca şi "cazuri" din trecut, mai mult sau mai puţin rezolvate cu bine. În raport cu tipul de suferinţă, de patologie care se prefigurează la pacientul actual, unele cazuri de care terapeutul îşi aminteşte pot fi similare, iar altele chiar cazuri tipice pentru

suferința respectivă. În cazul în care specialistul îndeplineşte şi o funcție didactică, el se gândeşte să selecționeze, din trecut sau din actualitatea practicii sale, cazuri cât mai caracteristice suferinței respective, "cazuri şcoală", "cazuri didactice". Pentru a prezenta o expunere despre suferința respectivă, el va reuni mai multe cazuri pe care le cunoaşte şi întocmeşte un "portret robot" sau un "caz robot" care să fie cât mai pregnant, cât mai instructiv. În cele din urmă, se poate susține că, dincolo de definire, descrierea unei tulburări într-un manual reprezintă un fel de sinteză cazuistică abstractă ce funcționează ca un ghid pentru cei ce citesc şi vor să se instruiască. De fapt, în manuale chiar sunt prezente deseori "cazuri exemplificatoare". Descrierea, nu doar detaliată, ci şi semnificativă de cazuri, este importantă şi pentru cercetare. Colectarea instructivă de cazuri este una din metodele importante în progresul cunoaşterii în domeniul medicinei, al psihiatriei, al psihoterapiei. Aceasta, cu atât mai mult cu cât pot apărea şi cazuri atipice, "cazuri problematice", care pun sub semnul întrebării o teorie, o doctrină, o definiție. Fapt care e valabil pentru toate ştiințele în care se cere o experiență practică. Rezultatele care nu se mai integrează în parametrii unei teorii cunoscute, cer ca ea să fie regândită. În medicină, cazuistica a jucat totdeuna un rol deosebit în progresul cunoaşterii, fapt valabil mai cu seamă în psihiatrie. Freud şi Janet şi-au construit teoriile, modelele psihopatologice pornind de la prezentări, descrieri şi interpretări de cazuri. Jaspers a adus în discuție "cazul tipic ideal" care luminează esența unui domeniu de patologie, prezentându-se intuiției celui ce-l poate recepta.

De fapt cazuistica a jucat şi joacă un rol deosebit în toate practicile umane similare medicinei în domeniul teoretic care le susține. Faptul e evident in drept, unde jurisprudența are valoare de precedent. Dar şi în educație, politică, război. Cazurile celebre sunt studiate şi îndrumă pe cei ce se angajează în practicile respective.

Importanța cazului şi cazuisticii a fost subliniată pentru psihopatologie de la naşterea acesteia, prin Jaspers. Cazul tipic ideal, joacă un rol esențial în ştiințele umane, ca luminator al problemelor, a sintetizărilor, ca exemplu didactic, ca deschizător de drum. Ultimele decenii care, după revoluția efectuată de DSM-III au stipulat circumscrierea cazului psihopatologic prin criterii de diagnostic şi liste de simptome, nu

a anulat interesul pentru cazul tipic ideal, susținut mai ales de mişcarea fenomenologico-existențialistă (Kraus, Wiggins).

Revenind la cazul unui suferind psihic ce se internează într-un spital, putem menționa că lui i se întocmeşte un dosar, o foaie de observație standardizată sau redactată în termeni curenți. În dosar se adună evaluările psihologului, asistentului social, ale ergoterapeutului, informațiile obținute de la relativi, documente juridice. În el se notează date biografice, simptomatologia actuală, concluzii diagnostice, proiectul terapeutic, administrarea terapiei, evoluția, concluzii formulate în epicriză. Acest document rămâne în arhiva spitalului, date despre el apar în raportările statistice. În măsura în care e vorba despre un caz relevant, el poate fi inclus în cercetări ştiințifice sau utilizat didactic, uneori la multă vreme după ce pacientul a părăsit spitalul, sau a decedat, deci în absența fizic-existențială a persoanei în cauză. Alteori documentul respectiv e invocat în expertize sau în instanțe juridice. În dosarul său de spital pot fi depuse teste proiective, scale de evaluare, probe grafologice, fotografii, înregistrări audio-vizuale. Astfel, existența real-concretă a subiectului cu toată fenomenologia trăirilor sale subiective, este transpusă într-un plan secund şi suprapersonal, ce continuă să ființeze şi să fie utilizat în calitate de "caz" şi după ce pacientul a plecat sau a decedat. Această existență secundă, specifică cazului, se plasează acum în instanța logosului. Existența personală, unică si irepetabilă a subiectului suferind, se transpune astfel treptat, în măsura în care el e identificat ca şi caz psihiatric şi înregistrat ca atare, în substanța mai puțin perisabilă a logosului supraindividual. Această situație o vom numi „efectul Don Quijote".

Cazul, cazul psihopatologic acum, poate fi considerat o instanță de articulație între nemijlocirea existenței unui om cu probleme psihopatologice pe de o parte, şi un capitol de nosologie sau o categorie diagnostică a unui sistem nosologico-nosografic al psihiatriei pe de altă parte. Categoriile nosologice sunt comentate deobicei ca având subtipuri. Din cealaltă perspectivă, cazul individual poate fi tipic; iar cazuistica cumulată se poate agrega în direcția unui caz tipic ideal sau a unui caz şcoală. Astfel încât distanța între abstracția descrierilor teoretice şi existența nemijlocită a persoanei suferinde, poate fi umplută de pulsațiile cazului.

Psihopatologia clinică, preocupându-se şi de cazurile suferinzilor psihici, se mişcă în permanență între raportarea nemijlocită şi vie față de aproapele nostru suferind şi cazul psihopatologic ce se încheagă în materialul logosului, urcând spre instanța teoreticului. Iar acolo, în planul teoriei, plutesc entitățile abstracte ale bolilor, care, în calitatea lor de construct teoretic ce rezumă cunoştințele unei socio-culturi, reprezintă referențialul de zi cu zi al practicii specialiştilor.

Referința la cazul psihopatologic face ca noțiunea şi realitatea persoanei umane să persiste în inima desbaterilor psihopatologice.

1.4. Cazul domnului L.

Să luăm în considerare cazul unui bărbat, domnul L, de 50 de ani, care trăieşte o întâmplare nefericită. După câteva luni de suferință soția îi moare de cancer. Nu are copii, are puține rude şi a fost toată viața o fire ordonată şi conştiincioasă. A suferit de colită spastică şi în ultimii ani, de hipertensiune. În aceeaşi perioadă este disponibilizat de la serviciu, întreprinderea închizându-se. După funerarii devine retras, nu se alimentează şi slăbeşte mult, se trezeşte la orele 3 dimineața, nu mai vorbeşte aproape cu nimeni, nu iese din casă, se consideră vinovat şi incapabil să mai facă ceva, se autoneglijează şi are gânduri de suicid. După un timp, să spunem o lună, două, îngrijorate, cunoştințele, după ce eşuează în eforturile de a-l mobiliza, îl conving să consulte un medic. I se prescriu antidepresive şi un somnifer. Vecinii, foştii colegi, şi prietenii vin pe la el, îl încurajează şi îl sprijină în gospodărie. Treptat, starea sa se ameliorează, şi după o perioadă de timp, revine la nivelul de funcționare anterior. Se îngrijeşte de sine, de gospodărie şi chiar caută un nou loc de muncă.

În cazul de mai sus, e vorba evident de o reacție depresivă de doliu, comprehensibilă, dar accentuată. Astfel de situații au fost aduse în discuție de Jaspers() în a sa "Psihopatologie Generală" la începutul secolului XX, considerând că deşi ele sunt normale şi de înțeles putându-se petrece la orice om, uneori pot fi exagerate ca intensitate, durată şi formă de manifestare, astfel încât rețin atenția psihopatologilor şi au nevoie de sprijin terapeutic.

Nu oriunde şi oricând astfel de situații ajung în circuitul medico-psihiatric. De-a lungul mileniilor ele au facut parte din viața obişnuită a oamenilor, cei suferinzi fiind spijiniți doar de grija şi bunul simț al celor din jur; şi eventual de biserică. Şi în secolul XIX-lea, în Europa şi America se întâmpla la fel, neuro-psihiatria ocupându-se de cazurile grave ce ajungeau la spital, la azil. Treptat, suferința depresivă chiar cea de intensitate medie şi comprehensibilă, a început să preocupe pe psihopatologi. A evalua intensitatea unei depresii e posibil, dar uneori dificil. Există depresii mascate prin suferința somatică şi alcoolism. Unele persoane îşi controlează manifestările depresive, le țin în frâu sau nu le exprimă față de alții, chiar dacă se pregătesc de sinucidere. Depresia e mai puțin tolerată într-o societate care pretinde tuturor să fie integrați şi productivi decât în una în care indivizii trăiesc izolat, iar rezultatele activității sunt evaluate la mari intervale temporale. Toleranța oamenilor la suferință se modifică şi ea în timp. Într-o societate în care mentalitatea dominantă este că suferința e ceva tratabil, în care există o puternică preocupare pentru medicația antidepresivă, se ajunge mai uşor la psihiatru decât într-una în care depresia e mai puțin mediatizată şi e cultivată atitudinea stoică de a-ți suporta suferința.

În cazul comentat mai sus avem o cauză evidentă. Decesul, pierderea vieții unei persoane apropiate. Acest eveniment de viață nu apare însă brusc şi imprevizibil. Subiectul ştie ce va urma şi trăieşte o perioadă de timp făcând eforturi de îngrijire, care şi ele sunt consumptive. Se adaugă a doua pierdere, a locului de muncă care şi ea era parțial previzibilă.

Bărbatul nu mai e la prima tinerețe, iar firea sa metodică şi conştiincioasă îl predispune să se adapteze mai greu la schimbări. Suferințele somatice deşi nu sunt majore, pot fi totuşi menționate. Lipsa copiilor şi a mai multor prieteni reduc rețeaua de suport social. Deci pot fi avuți în vedere mai mulți factori, nu doar cel principal, ci şi factori secundari, favorizanți. La o analiză mai detaliată, se pot descoperi vulnerabilități în perspectiva genetică şi biografică. Etiopatogenia unui episod psihopatologic, de exemplu depresiv, cere o analiză complexă chiar dacă la prima vedere ea pare simplă.

Episodul depresiv pe care-l trăieşte domnul L are o anumită simptomatologie, intensitate şi durată. Desigur, există şi resurse pozitive, atât în persoana sa cât şi în

ajutorul pe care i-l dau unele persoane apropiate, membri ai rețelei sale de suport social. Apoi, se administrează şi o medicație simptomatică pentru somn şi antidepresivă. Şi astfel, după un timp, episodul trece fără a lăsa urme.

După trei ani, când domnul L şi-a găsit un nou loc de muncă şi duce o viață ordonată şi echilibrată, iarna, după un efort puțin mai intens la locul de muncă şi unele griji gospodăreşti legate de reprarea unor defecțiuni, apare o stare de oboseală fizică şi psihică cu scăderea concentrării atenției, a memoriei şi randamentului în muncă. Se reactivează colita, nu se alimentează, slăbeşte progresiv. Somnul se pertubă apărând o insomnie de trezire. Domnul L fiind o fire conştiincioasă, face eforturi de a nu-şi reduce randamentul la serviciu lucrând ore suplimentare. Dar starea generală se perturbă, nu se mai poate concentra, memoria nu funcționează bine, gândirea e lentă. Se simte vinovat pentru scăderea performanțelor, se autodepreciază, nu mai are încredere în el, se mobilizează greu. Dimineața se scoală şi merge greu la servici. Are senzații corporale neplăcute în tot trupul. Dispoziția e tristă, nimic nu-l bucură, vorbeşte puțin, evită lumea, stă mult timp singur. Treptat, devine tot mai deprimat, descurajat, nu mai are nicio încredere în el, nicio speranță în viitor, se gândeşte la sinucidere.

Domnul L a ajuns din nou într-o stare depresivă. Colegii şi cunoştințele îl conving să consulte un psihiatru. I se propune o internare într-un serviciu de psihiatrie unde e îngrijit cu diagnosticul depresie majoră şi tratat cu antidepresive. După 3 săptămâni părăseşte spitalul şi îşi continuă tratamentul acasă unde e vizitat de vecini şi de un coleg. Treptat, episodul depresiv se remite. Dar continuă tratamentul mai multe luni randamentul în muncă revenind destul de încet.

Cel de-al doilea episod depresiv al domnului L nu mai este aşa de clar determinat de evenimente de viață ca primul. Practic, nimic semnificativ în viață nu mai intervine acum. Mare parte din episoadele depresive ce apar la oameni nu au o cauză destul de evidentă. Dar domnul L este un om vulnerabil. Nu doar că a mai avut un episod depresiv în antecedente, ce s-a remis, dar la o anamneză mai detaliată rezultă că a avut un unchi din partea mamei care s-a sinucis, un văr alcoolic, iar mama sa a fost o fire retrasă, melancolică şi cu permanente preocupări hipocondriace. De-a lungul vremii şi domnul L a avut repetate perioade de câteva luni de indispoziție şi astenie care nu-l

împiedicau totuşi să lucreze. Ele însoţeau episoadele de reactivare a colitei. Episoade psihopatologice care apar fără o cauză actuală evidentă au fost etichetate multă vreme ca având un determinism necunoscut, "endogen". În prezent, ele invită la o studiere detaliată a "terenului", a vulnerabilității acestuia. Iar vulnerabilitatea unei persoane se poate accentua după fiecare episod, chiar dacă acesta nu lasă în urmă un defect psihic.

Să revenim la domnul L şi să-l revedem peste 5 ani. Acum e pensionar de vârstă. La un moment dat apar treptat o serie de fenomene psihomotorii. Se mişcă mai greu şi mai lent, devine mai rigid, începe să umble cu paşi mici, faţa devine imobilă, prezintă un tremor al extremităților. În cele din urmă medicul diagnostichează o boală Parkinson. Şi iarăşi domnul L devine trist, cu insomnie de trezire cu inapetență şi scădere în greutate, se simte vinovat, fără valoare, nu mai are nicio speranță în viitor şi se gândeşte insistent la sinucidere. Apariția depresiei în timpul bolii Parkinson poate să nu fie precedată de nici un episod depresiv anterior. Tulburările de neurotransmisie ce apar în această boală sunt suficiente pentru ca în prezența unei vulnerabilități minime episodul să se instaleze. Iar la domnul L se accentuează progresiv.

Tulburarea depresivă e în prezent cea mai frecventă tulburare psihopatologică. Ea poate apare în combinație cu alte tulburări, cu alte sindroame psihopatologice: anxioase sau obsesiv-compulsive, maniacale sau delirante, chiar şi împreună cu un episod schizofren. Cine este omul la care apare un episod mai mult sau mai puțin caracteristic de depresie? Ce tulburare psihopatologică se instalează la acest om de-a lungul timpului? Ce legătură ar putea exista între această tulburare şi firea lui, structura lui caracterială? Cum putem evalua şi diagnostica cel mai sigur tulburarea? Cum o putem înțelege şi trata? Care e calitatea vieții acestui om? Iată doar câteva din problemele la care încearcă să răspundă psihopatologia clinică, această axă a clinicii psihiatrice şi a ştiinței psihopatologice.

1.5. Teme de bază ale psihopatologiei clinice derivate din modelul medical

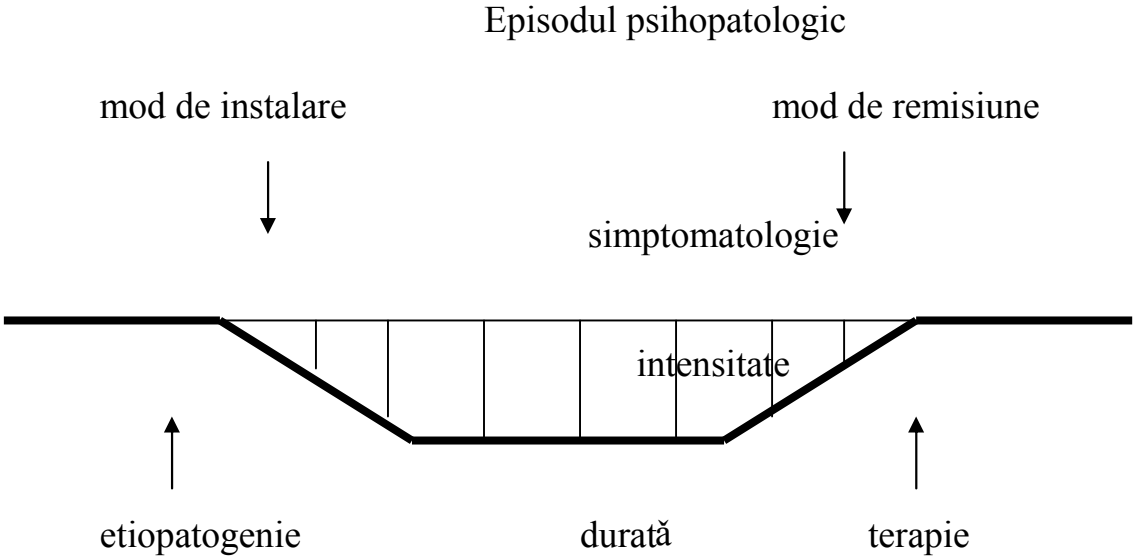
Modelul medical e centrat pe ideea de boală sau în cazul de față, cel de tulburare mintală. La acest nivel nu este avut în vedere "nebunul" considerat global, ca o variantă de om. Culturile tradiționale au cunoscut acestă realitate prin oameni suferinzi de

tulburări psihice cronicizate; aşa era de ex. “nebunul satului”. De asemenea, în perioada azilelor din sec. XIX şi XX, cazurile cronice, internate pe viață, corespundeau acestei entități. În prezent, în cadrul psihopatologiei clinice abordarea se cere a fi nuanțată, cu distincția între episodul maladiv, terenul vulnerabil şi tulburare, ultima înțeleasă în perspectivă diacronă.

a) Episodul psihopatologic şi defectul postepisodic

Elementul central sau de pornire în comentarea tulburării mintale poate fi considerat episodul psihopatologic (ep.pt.). La fel ca în restul medicinei acesta are o caracteristică semiologică, una a etiopatogeniei, un mod de instalare, o intensitate şi o durată, o respondență terapeutică şi un mod de remisiune. (Figura I)

Figura I

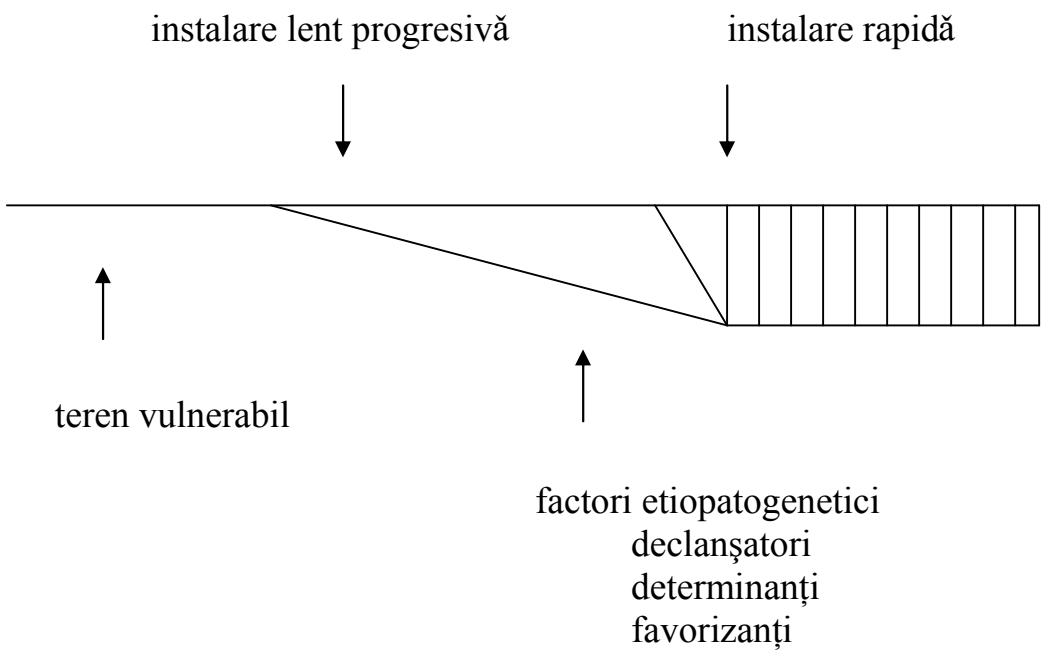


Un ep.pt. poate fi centrat în jurul unui sindrom psihopatologic standard, a unei simptomatologii depresive, maniacale, anxioase, delirante, confuzive etc. Dar simptomatologia poate face parte din mai multe sindroame bazale. La fel ca în restul medicinei un episod maladiv poate avea diverse intensiatăți: uşoară, medie, gravă. Oricum se cere diferențiat între devianța uşoară, care ar putea fi în limita normalității şi o devianță importantă care poate fi etichetată "clinic semnificativă".

Un ep.pt. se poate instala relativ brusc, în decursul a câtorva zile sau săptămâni. Dar el se poate instala şi lent progresiv, cu o trecere treptată de la formele normale ale trăirii la cele accentuate şi invalidante, psihopatologice. De exemplu în depresie, anxietate dar uneori şi în schizofrenie, evoluția lentă preclinică poate dura luni sau chiar ani de zile. (Figura II).

Figura II

Instalarea episodului psihopatologic

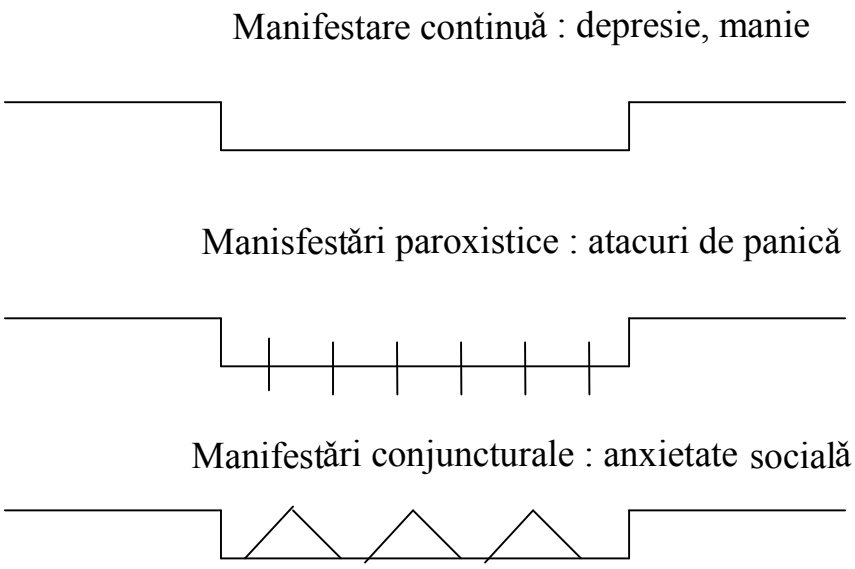


În cazurile cu instalare lentă, datorită tranziției progresive de la normalitate la episod – de ex. în cazul unei depresii - atât pacientul cât şi familia nu se sesizează de la început. Sau, se ajunge la consulturi medicale generale pentru astenie, scădere în greutate, insomnie, acuze cardiace etc.

Un ep.pt. se poate desfăşura ca o tulburare continuă ce are un început, o durată şi o remisiune. De ex. un episod de depresie, manie, anxietate generalizată, schizofrenie. În cursul evoluției sale simptomatologia poate să nu aibe tot timpul şi în toate împrejurările aceeaşi intensitate şi aceeaşi formă de manifestare. Sunt şi ep.pt. în care, pe durata manifestării acestuia, stările psihopatologice se manifestă intermitent. În tulburarea obsesivă şi/sau compulsivă manifestarea obsesiv-compulsivă propriu-zisă e scurtă, paroxistică, dar se repetă recurent de multe ori pe zi. Tulburările fobice se pot manifesta intermitent prin atacuri de panică şi conduite de evitare corelate unor situații cunoscute. Unele comportamente impulsive pot fi serios influențate şi ele de împrejurări. (Figura III).

Figura III

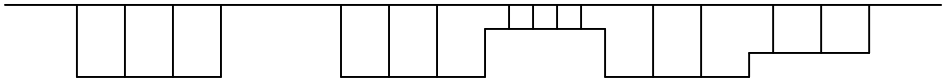
Modul de desfăşurare a episodului


Manifestare continuă : depresie, manie
Manisfestări paroxistice : atacuri de panică
Manifestări conjuncturale : anxietate socială

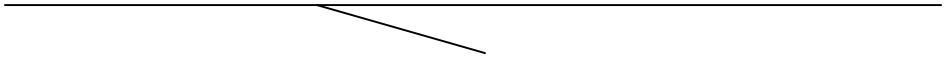
Un ep.pt.. se poate remite complet sau poate lăsa după el o vulnerabilitate crescută. În alte cazuri după ep.pt. poate rămâne cu defect clinic sau social. Acesta poate fi specific, corelat cu simptomatologia episodului respectiv şi se poate accentua progresiv dacă acesta se repetă. Sunt cazuri în care un ep.pt. odată instalat , nu se mai remite şi trece de la început într-o fază de cronicitate, cum se petrece în unele cazuri de schizofrenie. În alte cazuri, prin definiție, o manifestare psihopatologică odată instalată nu se mai remite şi prezintă o tendință lent evolutivă spre agravare continuă ca în „procesul organic” din demența Alzheimer. (Figura IV)

Figura IV

Evoluția cu defect a episoadelor
după episoade defectul se poate accentua : schizofrenie



de la început defectul poate progresa, cu unele perioade de încetinire : Boala Alzheimer



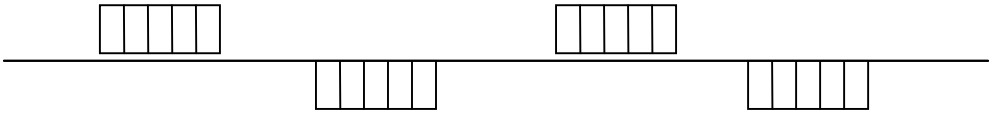
Se poate considera că tulburarea mintală constă în esență din apariția la o persoană, de-a lungul timpului, a unui sau mai multor ep.pt. din aceeaşi clasă. Recăderile pot să fie cu ep.pt. identice sau cu „forme clinice" puțin diferite, eventual cu subtipuri. Un prim ep.pt. de schizofrenie predominent catatonă poate fi urmat de altul predominent dezorganizant sau paranoid. Un prim ep.pt. de agitație maniacală poate fi urmat de altul de manie delirantă, cu tematică congruentă sau incongruentă.

Unele ep.pt. cu tablou clinic diferit sunt considerat ca făcând parte din aceeaşi clasă. De ex. ep.pt. depresiv şi maniacal, care dacă se succed configurează o tulburare bipolară. Altele, deşi diferite, sunt considerat ca apropiate clinic, ca de ex. anxietatea generalizată, atacul de panică şi agorafobia. Sunt şi tipuri de ep.pt. care se întâlnesc frecvent împreună, aşa cum e depresia şi anxietatea generalizată, astfel încât se ridică cel puțin pentru unele cazuri problema dacă coexistența lor reprezintă sau nu o comorbiditate. Sunt însă şi tipuri de ep.pt. care au fost tradițional considerate ca făcând parte din clase – sau boli – diferite,aşa cum e schizofrenia, TOC, ep.pt. maniacale. Apariția concomitentă sau succesivă la un pacient a unor astfel de ep.pt. ridică problema comorbidității. (Figura V)

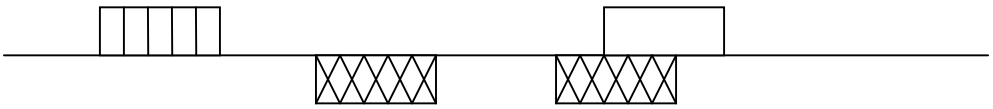
Figura V

Evoluție cu tipuri deosebite de episoade

Episoadele, deşi diferite, fac parte din aceeaşi clasă : boala bipolară



Episoadele diferite fac parte din clase diferite = comorbiditate: episoade maniacale şi obsesive



b) Terenul personalistic.

Problema terenului este importantă în toată medicina. Ea a fost avută în vedere într-un mod deosebit de medicina hipocratico galenică, a fost apoi uitată de medicina localizaționistă pentru a fi progresiv redescoperită în sec. XX, în perspectiva potențialului de reactivitate imunologică şi anafilactică, a particularităților endocrine şi a funcției intergrative a sistemului nervos central. Iar apoi, în perspectiva vulnerabilității biologice genetice sau câştigate în urma acțiunii diverselor noxe, stresori şi epuizări.

Pentru psihopatologia clinică se menține sensul medical al terenului biologic. Dar se cere avută în vedere o perspectivă mult mai largă. Adică noțiunea de „teren personalistic" care conține mai multe nivele şi perspective ale psihismului ce sunt constante sau se modifică lent în cursul vieții. Se pot menționa: corporalitatea, structura temperamental-caracterială, inteligența, cunoştințele şi concepția despre viață, modalitățile manifestărilor activ creative etc. Ceva mai detaliat, în terenul personalistic, sunt incluse:

- Nivelul biologic care include: - încărcătura de predispoziții genetice; - sexul; - vârsta; - particularitățile şi defectele morfofuncționale ale organismului; - patologia somatică a persoanei.

- Structura temperamental caracterială. Aceasta e compusă din: - Nivelul temperamental, în principiu înnăscut, care se afirmă prin dispoziția afectivă de fond, reactivitatea psihică dominantă, energia psihică, ritmul comportamental, sociabilitatea, toate centrate de propriul corp. Corp care este în acelaşi timp sediu şi reper de bază a sinelui (self); - Nivelul caracterial, în principiu structurat ontogenetic, care e centrat de sinele nuclear, care asigură sentimentul apartenenței la sine a trăirilor. Sinele nuclear se manifestă în relațioări interpersonale, atribuind stări mentale altora – „mentalizări" - exprimând în raport cu aceştia atitudini, moduri de relaționare, legături, introjectând imagourile celor apropiați. Autocontrolul pulsional afectiv, raportările şi relaționările interpersonal sociale, modalitățile de reacție şi de organizare a acțiunilor, toate se exprimă printr-un stil de manifestare relativ constant, fapt ce permite caracterizarea tipologică a oamenilor.
- Structura inteligenței organizează, prin intermediul funcțiilor cognitive, informațiile curente, şi cele înmagazinate prin învățare; ea susține rezolvarea problemelor curente practice şi teoretice. Pe parcursul ontogenezei şi de-a lungul ciclurilor vieții, subiectul acumulează o serie de cunoştințe practice, teortice şi derivând din experiențele trăite. Acestea se manifestă prin abilități şi competențe şi printr-un univers de cunoaştere care susține înțelegerea de către subiect a lumii, în conformitate cu cunoştințele şi credințele lumii umane în care el trăieşte. Experiențele de viață trăite împreună cu alții conduc la o anumită reprezentare față de alții şi lume, ce poate fi reamintită şi reactivată autobiografic. Dar şi la o anumită reprezentare față de sine, o atitudine față de sine, o judecare şi evocare de sine, la nivel „metareprezentațional" şi „autonoetic" al sinelui. Lumea pe care subiectul o cunoaşte şi şi-o reprezintă e ordonată după liniile de forță ale unor opinii, convingeri şi credințe. Ansamblul acestei cunoaşteri stă în spatele raportărilor actuale, situaționale ale subiectului la lume, condiționează întelegerile şi manifestările sale.
- Spontaneitatea manifestărilor subiectului derivă din intenționalitatea definitorie a sinelui, care există prin raportări active, proiecte şi reacții. Modul de a delibera şi

de a opta a subiectului exprimă structura sinelui şi persoanei, autonomia sa, modul în care el trăieşte libertatea şi responsabilitatea, capacitatea de a se autoconduce în viață. Iar proiectele în care se angajează, colaborând mai mult sau mai puțin cu alții, îl definesc în plan interpersonal social.

Într-un sens lărgit s-ar putea include în aria terenului personalistic şi o instanță a persoanei, caracterizată prin:

- Statutul şi rolul social al subeictului în arii variate : familial, profesional, civic;
- Rețeaua socială şi nişa ecologică umană proprie persoanei;
- Aptitudinile, capacitățile, conştiința morală, forța creativă, angajarea spirituală.

Terenul personalistic centrat de sine („self") şi persoană joacă un rol important în psihopatologia clinică şi în sănătatea mentală. El este cel care susține identitatea cu sine a subiectului atât în plan obiectiv, socio-cultural cât şi în perspectiva subiectivă a conştiinței identității personale. În ambele cazuri se petrec şi modificări psihopatologice. Tot terenul este cel unde se cantonează vulnerabilitatea şi nonvulnerabilitatea pentru tulburări psihice, cel ce conține resursele sanogenetice de care are nevoie persoana după un ep.pt. De aceea terenul se cere evaluat detaliat nu doar cu ocazia ep.pt ci în orice moment important al existenței unei persoane cu probleme.

Dincolo de importanța sa generală pentru psihopatologie şi sănătate mintală, modificări deficitare şi disfuncționale ale terenului – incluzând sinele, personalitatea - se pot exprima direct în aria tulburărilor mintale. E vorba în primul rând de deficite disontogenetice exprimate prin:

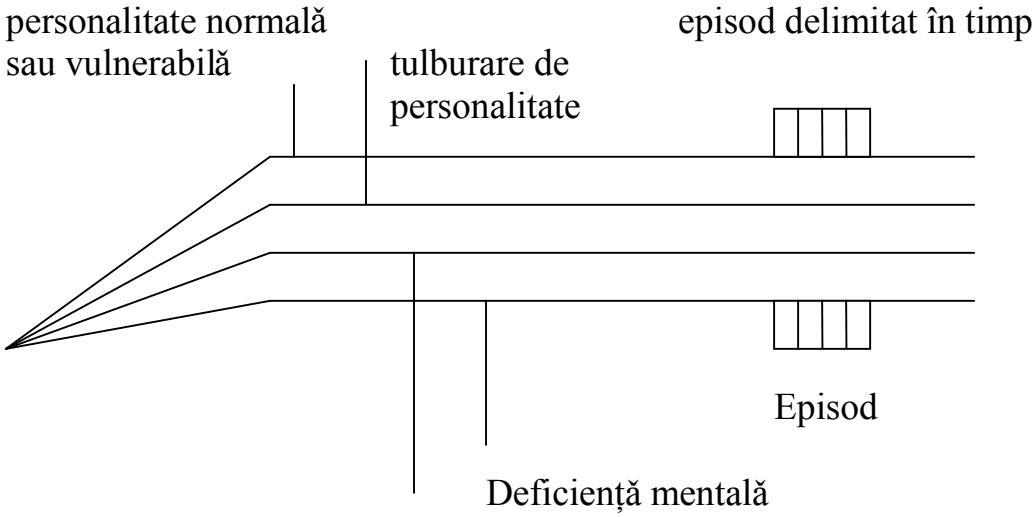
- deficiențe de diverse grade ale funcțiilor cognitiv intelectuale, cazuri etichetate ca „deficiențe mintale"
- deficiența predominent în aria comunicării interpersonal sociale, prin limbaj, expresivitate, implicarea sinelui în situație, cazuri etichetate ca tulburări developmentale pervazive de tip autist.

- Deficienţe în relaţionare şi intergrare interpersonal socială prin comportament tensionant, cu transgresarea normelor de conduită, situaţie în care cazul e etichetat ca o „tulburare de personalitate”.

Primele două eventualităţi pot fi identificate din mica copilărie iar ultima după adolescenţă. Prin faptul că grevează terenul perosnalistic pe termen lung, în principiu pe viaţă, aceste tulburări au fost detaşate de sistemul DSM III pe o axa separat de diagnostic, axa II. (Figura VI)

Figura VI

Tulburări ale fundalului personalităţii şi tulburări episodice



În cursul întregii personogeneze pot fi prezente tulburări mai mult sau mai puţin intense şi tranzitorii, pe care le studiază psihopatologia developmentală. Tot în această perioadă se formează vulnerabilitatea de fond pentru tulburările psihice. Diverse perioade ale ciclurilor vieţii exprimă sensibilităţi specifice pentru unele ep.pt. şi condiţionează modalităţi particulare de manifestare a acestora.

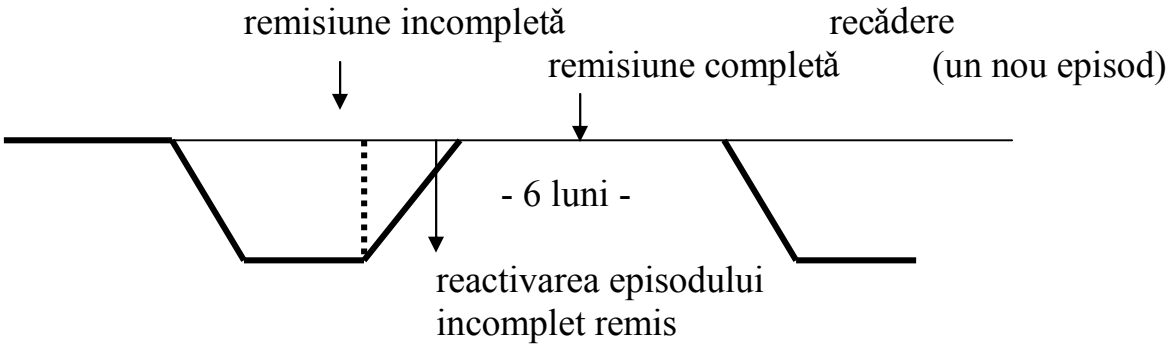
c.Antecedente psihopatologice a persoanei ce prezintă un ep.pt. actual

Dacă se ia în considerare un caz care prezintă ep.pt. actual, în perspectiva psihopatoligiei clinice se pot întâlni mai multe eventualități importante.

- Existența unui ep.pt. care s-a încheiat la scurt timp înaintea celui prezent. E posibil să fie vorba de un unic e.ps care de fapt nu s-a vindecat şi se reactivează.

Figura VII

Remisiunea parțială şi completă a unui episod psihopatologic



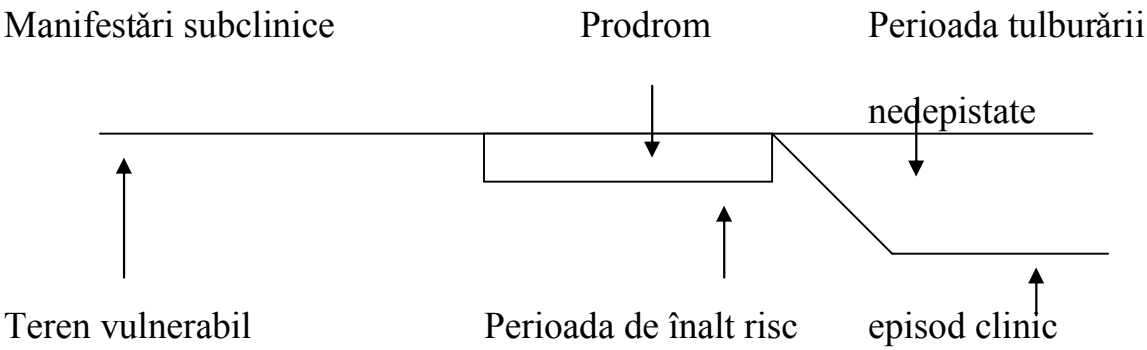
- Existența unor ep.pt. clinice din aceeaşi clasă sau din clase clinice diferite. Această eventualitate a fost deja menționată, ea configurând tulburarea mentală în sens restrâns. După ep.pt. anterioare e posibil ca vulnerabilitatea să fi crescut sau să fi rămas un defect clinic şi/sau social.
- Existența în antecedente a un ep.pt. subclinice sau mascate. Aşa poate evolua depresia – de ex. ca depresie mascată prin simptome somatice – anxietatea, stări hipomaniacale, manifestări obsesiv-compulsive, impulsive, addictive ş.a.m.d. Depistarea acestora poate indica vechimea tulburării şi vulnerabilitatea, poate orienta spre anumite condiționări etiopatogenice şi sugera modalități evolutive sau chiar încadrări nosologice. Astfel, dacă o persoană care are în prezent un

ep.pt. de depresie majoră a avut în antecedente episoade hipomaniacale subclinice, orientarea diagnosticului este spre tulburarea bipolară

- Analiza perioadei ce precede un actual ep.pt. poate clarifica existența unor faze ”prodromale”, care se extind uneori pe luni sau ani de zile. Faptul e valabil pentru depresie, anxietate, tulburări alimentare dar şi în unele cazuri de psihoză. În ultimii ani s-a analizat, odată cu studierea amănunțită a „primului episod de psihoză”, existența nu doar a unei perioade evolutive în care aceasta se manifestă clar dar nu e depistată şi tratată, ci şi a perioadelor prodromale de diverse intensități. Uneori acestea ajung la o intensitate marginală celei clinice, în faza de „înalt risc”; alteori sunt prezente doar simptome subiective particulare - „simptomele bazale” ale şcolii Bonn – care în multe cazuri progresează de-a lungul a câțiva ani spre psihoză. O perioadă prodromală lungă se întâlneşte de obicei în dependența etanolică. (Figura VIII)

Figura VIII

Prodromul şi antecedentele unui episod psihopatologic



- În antecedente se pot întâlni manifestări particulare ce se plasează în marginea comportamentelor uzuale şi a manifestărilor integrative social. Aşa sunt: tentativele de suicid, delicvența, instabilitate marcată în inserția şi funcționarea în roluri sociale, conflictualitate repetată, hobby-uri particulare, comportamente excentrice, reactivitate crescută la evenimentele de viață. Aceste manifestări pot fi corelate cu tulburări de personalitate de diverse tipuri. Sau doar cu

particularități temperamental caracteriale. Toate interesează însă psihopatologia clinică.

- Analiza unui caz în perspectiva psihopatologiei clinice presupune biografia, felul în care a decurs personogeneza şi istoria de viață, contextul social, caracteristicile nişei ecologice umane. Această perspectivă a contextului uman depăşeşte stricta definire oficială a bolii dar interesează în cel mai înalt grad practicianul în domeniul sănătății mintale. Şi, de asemenea, interesează şi psihopatologia clinică, înțeleasă într-un sens mai larg decât cea a definirii tulburărilor mintale practicată în manuale de diagnostic şi statistică. În plus, pentru caracterizarea şi înțelegerea tulburării mintale, joacă un rol important şi cunoaşterea familiei şi a rudelor de gradul întâi.

d) <u>Tulburarea mintală în sens lărgit</u>

Într-o perspectivă mai nuanțată decât cea sugerată odată cu comentarea ep.pt. tulburarea mintală poate fi circumscrisă şi înțeleasă prin luarea în considerare a tuturor factorilor menționați mai sus. Ea s-ar caracteriza prin:

- Manifestarea la o persoană la anumite intervale de timp, a unor episoade psihopatologice centrate de sindroame standard de acelaşi tip sau din aceeşi clasă, care au diverse durate, intensități şi complexități. Primul episod apare pe fundalul anumitor caracteristici demografice ale persoanei privitoare la sex, vârstă, statut social. Ansamblul se caracterizează printr-o anumită respondență terapeutică episodică şi preventivă, interepisodică şi o anumită tendință evolutivă.
- Terenul personalistic pe care episoadele succesive apar este unul particular, cu o vulnerabilitate specifică în respectiva direcție: anxioasă, bipolară, depresivă, impulsivă, schizofrenă, etc. Această vulnerabilitate implică şi o încărcătură genetic familială, uneori un temperament specific, trăsături de personalitate specifice sau un anumit tip de tulburare a personalității, anumite particularități ale rețelei sociale, anumite capacități şi abilități.

- În unele cazuri înainte de primul ep.pt. sau între episoade, apar manifestări psihopatologice subclinice, subliminare, de acelaşi tip sau din aceeaşi clasă. Sau comportamente particulare care ar putea sugera astfel de episoade.
- Defectul clinic, atunci când se instalează, după unul sau mai multe episoade se manifestă şi el cu simptome şi trăsături specifice de acelaşi tip sau din aceeaşi clasă cu episoadele.
- Tipul de patologie psihică ce configurează o tulburare mentală se regăseşte mai mult sau mai puțin exprimat în familia pacientului, la rudele de gradul întâi, în toate variantele menționate, incluzând manifetsări subclinice sau temperamental caracteriale.

Caracterizarea de mai sus vrea să sublinieze ideea că un ep.pt. singular se cere gândit dintr-o perspectivă mai largă de înțelegere a tulburării mintale chiar dacă se urmează liniile actualei orientări neokraepeliniene a psihopatologiei clinice, bazat pe "sindroame semnificative clinic" şi etiopatogenia predominant organic cerebrală. Nu e imposibil ca în această perspectivă să se contureze constructe teoretice ale unor "tulburări mintale ideale" care principial să fie distincte unele de altele. Actualele sisteme de circumscriere şi diagnostic care sunt de fapt centrate pe episod, nu pretind acest lucru, dar îl subînțeleg tacit. De aceea se poartă o intensă dezbatere pentru a nu multiplica entitățile clinice "distincte" din manuale. Din acelaşi motiv există o amplă discuție despre "comorbiditate" iar cercetările cazuistice de psihopatologie clinică, mai ales cele privitoare la eficiența unor medicamente, întâmpină dificultăți în găsirea de noi cazuri pure, ca să fie incluse în "studii clinice". Doar în raport cu ideea unor entități psihopatologice ideale se poate discuta despre cazuri "atipice".

Înțelegerea tulburărilor mintale în sens lărgit, aşa cum s-a propus mai sus se menține în limitele unui construct teoretic de tip maladiv, chiar dacă e vorba de aspecte din afara „clinicii", a diagnosticării curente şi tratamentului, ca manifestările subclinice, temperamentul particular sau vulnerabilitatea crescută. Faptul e prezent peste tot în medicină. Această înțelegere lărgită întâlneşte în cazul psihopatologiei cel puțin alte două zone particulare ale existenței umane şi anume : cea a „problemelor de viață" şi cea a „marginalității sociale" (excentrice, anomice). Nici una din acestea nu beneficiază

de diagnostice directe de tipul tulburării mintale. Dar întreg acest ansamblu problematic se cere avut în vedere, analizat şi studiat cu grijă, atât în perspectiva practică a sănătăţii mintale cât şi în cea teoretică, privitoare la întrebarea : ce e tulburarea mintală?

e) Aspecte etiopatogenice. Acestea nu pot fi ignorate de psihopatologia clinică deşi în mod direct ele privesc psihiatria ca ramură a medicinei. În mare, factorii etiologici pot fi consideraţi ca organic biologici şi psiho-sociali, mediaţi de vulnerabilitate.

Pentru psihopatologie contează în primul rând influenţele psiho-sociale, în specificul lor uman. Acestea nu pot fi însă desprinse uşor de factorii biologici şi de cei fizici. Complexitatea problemei constă în multiplele perspective care se întreţes. Se cer avuţi în vedere nu doar factorii determinanţi ci şi cei favorizanţi şi predispozanţi. Toţi aceştia se raportează la vulnerabilitatea persoanei, cea de fond şi cea modificată circumstanţial. Considerarea printre factorii etiopatogenici a evenimentelor de viaţă stresante trăite în cursul biografiei, ridică problema cumulării lor în timp, de la antecedente recente la întreg parcursul biografic. Un alt aspect problematic constă în faptul că din aceeaşi sursă, de ex. dintre persoanele care formează reţeaua socială proximă, pot veni în acelaşi timp sau succesiv influenţe stresante şi protective. Apoi, modificarea psihismului în cursul ontogenezei şi de-a lungul ciclurilor vieţii schimbă şi receptivitatea la influenţe psiho-sociale*. Etiopatogenia în psihopatologie evidenţiază factorul mediator al vulnerabilităţii. Dar în acelaşi timp studiază problema rezilienţei.

Se mai cere ţinut cont de faptul că persoana conştientă este o fiinţă activă, proiectivă, intenţională, care se manifestă prin comportamente semnificante şi cu sens. O fiinţă care e prezumată cu libertate de decizie şi cu discernământ. Şi încă, e dimensionată prin conştiinţă morală, responsabilitate şi posibilitatea conflictului intrapsihic. Evenimentele deosebite pe care subietcul le trăieşte pot rezulta din însăşi proiectele sale, din iniţiativele sau manifestările sale spontane. Legătura strânsă cu alţi oameni poate constitui o situaţie protectivă. Eşecurile şi stresurile pot fi compensate prin reuşite, împliniri, satisfacţii, relaxare. Nemulţumirea de sine sau frământările conştiinţei morale pot juca şi ele un rol. Un aspect esenţual în etiopatogenia psihopatologică constă în faptul că situaţiile patogenice nu condiţionează integral

tulburarea. Ele scot la lumină, „desimplică” aspectele constitutive, structurale şi funcţii adaptative ale psihismului preexistente pe care persoana le utilizează în mod curent. Doar că acestea se impun acum în variante simplificate şi neintegrate în mod rigid şi dezadaptativ.

Toate aceste aspecte indică complexitatea etiopatogeniei specifice psihopatologiei clinice.

1.6. Caracterizarea generică a tulburării mintale

Psihopatologia clinică are ca referenţial cazul psihiatric. Un ep.pt. sau o tulburare psihică circumscrisă în manuale poate fi echivalat cu un caz tipic exemplar, abstract. Cazul, cazuistica se referă pe de o parte la un subgrup populaţional de oameni reali, etichetaţi ca suferinzi identificaţi şi trataţi de medicii psihiatri, de psihopatologi şi psihoterapeuţi. El se caracterizează prin faptul că prezintă o simptomatologie psihică, un „sindrom relevant clinic”, suferă, are probleme de randament şi integrare socială. Cazurile psihiatrice fac parte din marginalitatea normalităţii psihice. De fapt din zona anormalităţii marcate de un minus, de un deficit. Şi care se plasează la un pol opus faţă de o altă subpopulaţie de oameni, cei deosebit de abili şi talentaţi, puternici şi creatori.

Pentru diagnosticarea şi tratarea cazurilor cu tulburări psihopatologice psihiatrii şi psihoterapeuţii fac apel la cunoştinţe teoretice, la descrierea acestor cazuri în tratate, la circumscrierea şi definirea lor prin sisteme nosologico-nosografice în care sunt comentate entităţi nosologice distincte. Acestea se apropie de varianta „cazului şcoală” ce însumează o cazuistică, problemă care a fost deja invocată. Ansamblul entităţilor nosologice, a tulburărilor mintale descrise şi comentate de ştiinţa psihiatrică trebuie să aibe anumite caracteristici comune care să le definească ca atare şi să le reunească împreună.

Toate tratatele şi manualele clasice au încercat să comenteze circumscrierea bolii, a tulburării mintale. Manualul de diagnostic al tulburărilor mintale DSM-IV-TR propune şi el o definiţie. Aceasta e precedată de câteva consideraţii şi anume:

- Expresia de „tulburare mintală” sugerează din păcate că ar exista o diferență față de tulburarea fizică (biologică) în sensul unui anacronic dualism minte/corp, ceea ce nu e cazul.
- Nici o definiție nu poate stabili limite precise pentru „tulburarea mintală” în raport cu normalitatea.
- Lipseşte o definiție operațională. Caracterizarea „tulburării mintale” prin concepte ca: suferință (distres), disconfort, dezavantaj, disabilitate, inflexibilitate, iraționalitate, configurație sindromatică, etiologie şi deviație statistică, folosesc indicatori utili dar nu sunt echivalentul unui concept; iar diferite situații solicită diferite definiții.

Autorii manualului mențin definiția introdusă în DSM-III pentru că o consideră utilă (la fel ca orice altă definiție) şi ajută să ghideze decizia diagnosticării entităților clinice psihopatologice.

În DSM-IV fiecare tulburare mintală e conceptualizată ca :
- Un sindrom sau o configurație de simptome comportamentale şi psihologice semnificativă clinic, ce apare la un individ şi e asociată cu suferință (distres) sau disabilitate (deficiență de funcționare în roluri sociale) sau cu un risc crescut pentru moarte, suferință („pain”), disabilitate sau o importantă pierdere a libertății.
- Sindromul sau configurația trebuie să nu fie răspunsul la un eveniment special (de exemplu moartea cuiva iubit) aşa cum este el resimțit şi trăit în mod obişnuit în cultura respectivă.
- Sindromul, indiferent de cauza sa originală, trebuie considerat ca o manifestare a unei disfuncții comportamentale, psihologice sau biologice a individului.
- Nu se consideră tulburare mentală comportamentul deviant (politic, religios, sau sexual) sau conflictele între individ şi societate dacă acestea nu sunt simptome ale unei disfuncții la nivelul individului, aşa cum s-a menționat mai sus.

Autorii DSM-IV-TR mai atrag atenția că în manual e vorba despre clasificarea tulburărilor mintale şi nu a indivizilor ce le au. De aceea, se cere evitarea unor expresii ca „ un schizofren”, „un alcoolic” şi utilizarea expresiilor „un individ cu schizofrenie”, un „individ cu dependență alcoolică”. Această remarcă aparent periferică este esențială d.p.d.v. ontologic aşa cum deja s-a comentat.

Circumscrierea din DSM-IV merită să fie comentată. Înainte de aceasta însă, problema se cere plasată în universul său problematic specific şi anume în cadrul dezbaterilor privitoare la normalitatea şi sănătatea psihică.

*

* *

Stările psihopatologice se înscriu în problematica mai generală a normalității, anormalității, sănătății şi bolii, din perspectiva psihică a acesteia. Normalitatea psihică a fost înțeleasă ca medie statistică a modelelor comportamentale, a atitudinilor, concepțiilor şi modelelor de trăire dintr-o socio-cultură; desigur, în corelație cu statutele şi rolurile sociale funcționale. Şi la fel, ca şi conformitate cu modelele ideale promovate şi pretinse de o socio-cultură, pe care aceasta le promovează prin educație, norme, legi, reguli de promovare şi eroi ideali vehiculați de tipologia culturală. S-a mai avansat ideea respondenței corespunzătoare la normele ce rezultă din statutul social, la buna comunicare şi integrare socială. În general normalitatea persoanelor este rezultatul unui proces de normativizare ce se desfăşoară în paralel cu cel de socializare a copilului şi care nu are în vedere particularitățile şi idiosincraziile subiectului. Individul ce se manifestă „normal", respectă normativitățile unei „lumi comune. În raport cu normativitatea şi normalitatea socio-comunitară, devierea de la norme conduce la anormalitate în sens de devianță. Aceasta poate fi în plus sau în minus. Dar devianța exprimă şi varietatea existenței omeneşti, diversitatea ei, pe care metamorfozele istorice o etalează iar democrațiile caută să o respecte.

În contextul câmpului larg a normalității psihice – care este în mare măsură o evaluare exterioară şi impersonală – se reliefează sănătatea psihică, ca parte a sănătății în general. Aceasta din urmă a fost circumscrisă de OMS ca „o stare de bine biologic, psihic şi social".

Sănătatea psihică e centrată pe individ, pe persoană. Ea implică o dezvoltare si o maturare adecvată a acesteia în perspectivă corporală, psihică si a integrării sociale, în contextul lumii sale umane. Aceasta presupune achiziția şi manifestarea progresivă a unor funcții, capacități, cunoştințe, competențe, performanțe, considerate normale în societatea dată. Faptul e valabil şi după adolescență, de-a lungul ciclurilor vieții.

Sănătatea psihică mai implică un echilibru interior si o „funcționare” adecvată a structurilor psihice (cognitive, afective, motivaționale, executive) în raport cu destinația lor evolutivă. Şi, la fel, o trăire interioară echilibrată, adecvată împrejurărilor şi dimensionată printr-o intenționalitate relațională adaptativă. Comunicarea interpersonală, intersubiectivă, funcțională precum şi ataşamentul interpersonal, ambele producând satisfacție şi împliniri, fac şi ele parte din sănătatea mentală a individului. Şi la fel, performanțele sociale ce permit integrarea şi participarea la viața comunitară. Se mai menționează, uneori, următoarele aspecte: – capacitatea de autonomie, de independență psihică echilibrată, o bună identitate cu sine; - autocontrol pulsional şi afectiv, controlul situațiilor problematice şi stresante; - capacitate de relaxare şi satisfacție, capacitate de a se bucura. Normalitatea presupune nu doar o dezvoltare şi relaționare adecvată ci şi o reactivitate armonioasă. Solicitarea, stresul, situațiile problematice şi instabile, frustrările, eşecul, conflictul, pierderile, toate fac parte din experiența curentă a oricărei persoane care între anumite limite, trebuie să le poată face față în cadrul normalității vieții sale. Omul normal trebuie să fie destul de flexibil, să posede o capacitate de adaptare la diverse împrejurări, contexte şi raportări interpersonale, aspecte necesare unei existențe sintetice şi armonioase.

În sfârşit mulți consideră că o marcă a normalității este şi creativitatea. Nu e vorba acum de marea creativitate din lumea ştiinței şi culturii. Deşi, aceasta e luată în considerare prin opoziție, în sensul că boala mentală ar anula capacitatea creativă. Dar însăşi viața curentă, normală, presupune tot timpul o sinteză creativă care să facă față noului, surprizelor, neaşteptatului, care să reunească cu sens multiplul şi diversul existenței cutumiere într-un comportament semnificant, comprehensibil şi integrat. Capacitate creativă curentă e un principiu fundamental al normalității existenței persoanei.

În caracterizarea de mai sus apar o serie de expresii valorice ca : adecvat, corect, echilibrat, armonios, rațional, firesc, natural, funcțional, care în mare măsură sunt tocmai echivalentul „normalității” pe care trebuie să o caracterizeze. Cu toată această tendință spre circularitate, evidențierea aspectelor şi perspectivelor în care normalitatea şi sănătatea psihică a persoanei se cere considerată, nu e un fapt tautologic, ci unul care

etalează fațeta problemei. Şi care indică faptul că nu se poate înțelege normalitatea în afara valorilor. Evaluarea explicită şi cantitativă a sănătății în general şi a sănătății psihice în special e dificilă. Totuşi, ea e importantă pentru medicină iar Organizația Mondială a Sănătății a publicat un manual în acest sens în 1980, reformulat şi republicat în 2004: Clasificarea internațională a funcționării, disabilității şi sănătății – CIF (International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva WHO – ICF). Scopul declarat al acestuia e de a putea evalua starea de sănătate în perspectiva defectelor, disabilităților, handicapurilor. În obiectiv nu sunt bolile ci consecințele posibile ale acestora, ce se cer comparate cu o funcționalitate considerată ca normală. Se distinge între eventuala perturbare a unor funcții şi structuri ale organismului care ar putea conduce la tulburarea unor activități specific umane (învățare, comunicare, rezolvare de sarcini, mobilitatea, interacțiuni interumane) toate având drept consecințe dificultăți în integrarea socială. Deci psihopatologia clinică nu operează practic cu acest instrument, el este un important ghid pentru psihopatologi (Nordesfelt, 2007).

Revenind la circumscrierea tulburării mintale aşa cum e ea făcută în DSM-IV-TR se pot face următoarele comentarii.

● Caracterizarea tulburării mintale din DSM-IV-TR, se înscrie în spiritul universului de valori promovat de SUA, în prezent cea mai puternică şi dezvoltată țară dintre democrațiile occidentale. Dintre valorile ce pot fi uşor identificate în acest manual se remarcă: - accentul pus pe individ, care e însă invocat fără de contextul său social şi biografic; - orientarea empirist pozitivistă centrată de ştiința biomedicală; - pragmatismul; - toleranța față de diversitate şi grija de a evita discriminarea şi stigma, motiv pentru care e evitată ideea şi de deficit şi negativitate antropologică în psihopatologie.

● Privitor la limbajul utilizat se poate remarca că, în raport cu termenul „mintal" care este utilizat pentru caracterizarea ansamblului tulburării, termenul „psihic" pare a avea în primul rând semnificația de trăire subiectivă, de ceea ce e resimțit subiectiv din „perspectiva persoanei întâi", şi se diferențiază astfel de comportamentul vizibil şi înregistrabil din exterior, din perspectiva persoanei a treia. Termenii menționați nu sunt nici unde definiți, astfel încât nu e clar dacă aspectul psihic al tulburării cuprinde sau nu,

de exemplu, şi tulburările cognitive care nu se traduc imediat în limbaj. Prin felul în care noțiunea de „psihic” e utilizată pentru trăirile subiective, se creează o confuzie în raport cu acele aspecte ale psihismului care sunt evident prezente în „psihologia animală”, unde se întâlnesc nu doar principalele funcții psihice (atenție, percepție, memorie, învățare, instinct, afectivitate, ataşament, motivație, comportament, scop etc.) ci şi aspecte psihologice relaționale (dominația în grup, afiliere etc,).

● Un alt aspect este formularea „un sindrom semnificativ clinic”. Aceasta lasă evaluarea intensității patologiei la aprecierea evaluatorului şi are în vedere existența în cultura respectivă a instituției clinicii psihiatrice, cu tot ce aceasta presupune ca practică şi teorie medicală, ca personal format şi experimentat. Faptul de a pune în centrul caracterizării unei tulburări aspectul semiologic indicat prin numărul şi intensitatea simptomelor, este o expresie a unei concepții bio-medicale care, în sens tradițional, priveşte boala ca rezultând din perturbarea unui organ sau sistem organic, simptomatologia exprimând disfuncția acestuia. În cazul de față, se presupune o anumită disfuncție cerebrală. Identificarea „cazului” prin simptome „semnificative clinic” ridică apoi problema cazurilor subliminare, a stărilor „subclinice”. Problema se pune cu acuitate în psihiatria comunitară unde acestea se cer identificate împreună cu debutul lent progresiv, prodroamele etc., care evident nu au „intensitate clinică”.

Trimiterea la „pierderea libertății” este vagă şi neexplicită, putând fi vorba pe de o parte de libertatea interioară, pe care o comenteaza fenomenologii şi existențialiştii, cea care se exprimă în tulburarea obsesiv-compulsivă şi în comportamentul impulsiv, în rigiditatea comportamentului celor cu tulburări de personalitate. Sau/şi de libertatea exterioară, civică, care e surclasată prin internare obligatorie.

● Formularea din DSM-IV e preocupată să nu fie incluse în categoria tulburărilor mintale devieri şi excentricități comportamentale care ar putea face parte din spectrul variațiilor antropologice ce intră în sfera largă a normalității - cum e homosexualitatea – şi care sunt respectate într-o societate democratică. De asemenea, formularea e atentă la opiniile oamenilor, la convingerile politice, religioase, la conflictul dintre individ şi societate. Dar, prin firescul lucrurilor, aceste atitudini sunt expresia unei anumite culturi, cu o anumită concepție despre om, societate şi politică, concepție democratică

pe care o exprimă explicit viziunea americană asupra lumii cu setul ei propriu de valori. De ex. opinia privitoare la homosexualitate nu a fost şi nu este aceeaşi nici în prezent în alte culturi.

Între criticile ce s-au adus concepției DSM-IV privitoare la tulburările mintale, principalele se referă la:

- Lipsa de preocupare pentru semnificația bio-antropologică evolutivă a principalelor „sindroame", ce ar putea fi considerate ca disfuncții a unor funcții adaptative, selecționate prin evoluție (Wakefield, 1991).
- Lipsa de preocupare față de perturbarea, „disrupția", conexiunilor semnificante ce e prezentă în sindroamele psihopatologice, diferențiindu-le de „comprehensibilitatea" conexiunilor semnificante din normalitate (Bolton, 2008).
- Lipsa de implicare explicită a valorilor în circumscrierea tulburării mintale, deşi ele sunt acceptate şi utilizate implicit (Fulford,1989; Sandler, 2005).

Aceste obiecții vor fi comentate în alt capitol. Pentru început se va aduce în discuție şi o altă obiecție, corelate cu ultima menționată, şi anume:

- Lipsa de acceptare explicită a faptului că în cazul tulburării mintale intervine un deficit – un minus, o lipsă – în plan mintal, psihologic, antropologic. În această direcție este evidentă motivația celor ce au elaborat sistemul DSM-III-IV: ei au vrut să evite o terminologie cu caracter peiorativ, care ar fi putut întreține idei de discriminare, fapt ce nu putea fi acceptat într-o democrație ca cea din SUA. Şi cu atât mai mult în perioada anilor 70, când mişcarea antipsihiatrică tocmai acest lucru îl susținea: că psihiatria e un instrument de opresiune, aflat în „mâinile puterii", pentru a manipula persoanele sensibile şi fragile printr-o etichetare care să permită abuzuri.

Totuşi, în prezent problema poate fi privită mai calm, mai degajat şi obiectiv. Dacă se ignoră sau se eludează comentariul despre deficit în tulburarea mentală – deficit ce poate fi parțial şi temporar, reversibil, compensat, tratabil, etc. - se neagă o întreagă constatare istorică şi în cele din urmă, o evidență uşor demonstrabilă.

Psihopatologia, pe cale de a se naşte în cursul sec.XIX, a sesizat şi teoretizat progresiv aspectul deficitar, a negativității antropologice din boala psihică, a "nebuniei", a bolnavilor ce trebuiau internați şi/sau tratați. De altfel, ideea majoră ce a girat ştiința

sec. XIX european, ideea evoluției, oferea o bună ocazie pentru construcții şi interpretări teoretice. Dacă evoluția înseamnă progres, diversificare, complexificare şi sinteză progresivă, această desfăşurare temporală trebuie să se înscrie şi într-o structură. Iar structura corporal cerebrală a omului dovedeşte evident această teză. Şi astfel, Jackson (Jackson, Berrios,) a putut formula, inițial pentru neurologie, faptul că există o ierarhie structural funcțională a creierului: nivele inferioare, mai vechi filogenetic, care sunt mai simple, stereotipe şi rezistente la perturbare; şi nivele superioare, noi, care sunt diferențiate, complexe şi fragile. Patologia atinge în primă instanță ceea ce e mai vulnerabil, adică fragilitatea nivelelor superioare, care asigură libertatea şi specificul uman. În patologia neurologică şi psihică, simptomatologia va rezulta în primul rând din pierderea – deficiența, disoluția acestui nivel, din absența funcțiilor pe care nivelele superioare le asigură. În urma acestei deficiențe, vor ajunge să se exprime nivele inferioare, a căror manifestare nu era vizibilă. Acestea au astfel ocazia să se „desimplice", şi se pot afirma necontrolat. În plus, organismul în ansamblu – şi desigur creierul, psihismul - încearcă să se re-adapteze situației, apărând astfel un set nou de manifestări; reacție adaptativă şi/sau compensatorie ce participă şi ea la configurarea tabloului clinic.

În spiritul vremii şi în continuitatea ideilor lui Jackson, şi-a constituit sistemul psihopatologic Janet (Janet). Apoi, Bleuer a aplicat aceleaşi idei la interpretarea psihopatologiei schizofrene. În cursul sec. XX au fost mai multe încercări de reactualizare a acestor idei, care comentează prezența şi modul de manifestare a "minusului psihic" în psihopatologie. Cea mai echilibrată şi sistematică a fost concepția organo-dianamistă la Ey, (Ey)]dezvoltată în perioada anilor 1950-1970*. Concepții şi abordări ca cele ale lui Ey nu au putut însă rămâne funcționale fiind prea monolit restrânse la un concept tradițional de persoana umană, cu insuficient accent asupra relaționărilor interpersonal sociale, a perspectivei developmentale şi evoluționiste a evaluărilor standardizate etc. După Ey, adică în jurul anilor 80 când se editează şi apare DSM III, ideea minusului antropologic prezent în cazul bolilor psihice – a „tulburării mintale", a „nebuniei" – nu a mai fost aşa clar şi explicit formulată, fapt evident în textul din DSM-IV şi ICD-10 unde se vorbeşte doar de disfuncții.

Conceptul de boală mentală, aşa cum s-a configurat el în sec. XIX şi XX – pe baza unei lungi tradiţii - conţine următoarele semnificaţii: - excesul, intensitatea neobişnuită a unor manifestări; - faptul de a fi altfel decât majoritatea oamenilor "normal", adică excentricitatea, alteritatea, stranietatea; - neintegrarea în comunitate, ruptura relaţionărilor semnificante şi comunicante, alienarea; - anormalitatea; - suferinţa intensă; - deficitul, negativitatea mai ales în ceeace priveşte echilibrul şi complexitatea vieţii psihice, autocontrol în relaţii şi manifestări, performanţele sociale şi creativitatea.

Concepţia lui Jakson şi a celor ce l-au urmat corelează "excesul" şi stranietatea cu deficienţa ce le face posibile, atât prin relaxarea sintezei şi controlului echilibrant de către instanţele superioare ale ceierului şi psihismului cât şi prin simplificarea manifestărilor, prin reducerea complexităţii. Anormalitatea psihopatologică este în aceste condiţii una minus valorică opusă talentului şi creativităţii.

DSM III – IV pune accentul în circumscrierea tulburării mintale pe "semnificaţia clinică a unui sindrom". Aceasta implică o intensitate crescută a unor manifestări cum ar fi depresia, anxietatea, frica, verificarea, convingerea, etc.; deci un exces. Este menţionat şi distresul,ceea ce înseamnă o suferinţă intensă. Şi la fel deficitul în funcţionarea socială, disabilitatea care poate conduce la neintegrare. Dar nu se menţionează că acestea se desfăşoară în condiţiile vreunui minus în funcţionarea mentală, psihică, minus de complexitate, libertate, disponibilitate, autocontrol al psihismului persoanei conştiente. Problematica minusului este înlocuită cu formularaea că psihismului este "disfuncţional", fără o analiză mai detaliată a acestui concept. Şi că are drept consecinţe deficienţe în funcţionarea socială, eventual o reducere a libertăţii.

La o abordare neutră, în psihopatologie se pot identifica multiple manifestări care exprimă explicit un deficit. Deficit de energie, de forţă asertivă, de identitate şi delimitare a persoanei, deficit intelectual global sau a unor funcţii cognitive sectoriale, deficit afectiv, de relaţionare interpersonală socială, de integrare socială, de spontaneitate, de intenţionalitate, etc. Această zonă a deficitului nu se extinde doar asupra simptomatologiei "negative". Ea este prezentă prin deficitul de autocontrol al pulsiunilor sau cel care se manifestă în patologia obsesiv-compulsivă, şi în addicţie. Multe manifestări psihopatologice sunt etichetate ca "rigide" în raport cu flexibilitatea

adaptativă din normalitate, ceea ce evident exprimă un minus psihologic. Fapt valabil atât pentru ideația prevalentă şi delirantă cât şi pentru comportamentul social al persoanelor cu tulburare de personalitate. Reducerea complexității vieții psihice, simplificarea modului de a înțelege şi a se relaționa, lipsa de flexibilitate a comportamentului în general ce se întâlneşte în psihopatologie, toate sunt fenomene evident deficitare.

O parte din manifestările psihopatologice sunt comentate prin expresii ce sunt introduse prin prefixul "dis", ceea ce, e drept, nu trimite neapărat la minus. Aşa sunt: disfuncție, disabilitate, discontrol. Dar unele expresii cu dis au înțeles negativ: distorsiune, disarmonie, dissocial, disociere. Şi mai ales cele introduse prin "des": desordine, desintegrare, desadaptare. Se referă explicit la un minus expresii ca cele de: deficit de înțelegere, de integrare, de decizie, de autocontrol, de sinteză; şi mai ales expresia "deficiență mintală". Cu sens negativ sunt expresii ca: neadecvare, necoordonare, depersonalizare, demență. (iar în franceză expresia standard pentru nebunie e "derasion"). Şi la fel, o serie de expresii introduse prin prefixul "i": imaturitate, irațional, iresponsabil, inflexibil.

Problema plasării stărilor psihopatologice într-o zonă de minus, a anormalității negative, deficitare, se cere acceptată şi nu privită cu reticență, ca un demers peiorativ. Cum s-a mai menționat, acest deficit poate fi parțial, încadrat într-un psihism în rest normal sau cu valențe superioare, creative. El poate fi teporar, fără să greveze global funcționalitatea şi existența diacronă a persoanei, care-şi revine ulterior. Şi care uneori nici nu face public acest aspect. Reversibilitatea spontană sau prin terapie a stărilor psihopatologice, le încadrează în firescul existenței, în măsura în care societatea nu are o atitudine rejectivă şi stigmatizantă. În diversitatea existenței umane există şi zona psihopatologiei care se cere cunoscută cât mai bine şi recunoscută cu toate valențele ei deficitar negative. Iar în cele din urmă minusul şi opozivitatea sunt aspecte structurale ale ființări în general, împletite strâns cu aspectele pozitive, afirmative şi creative. Fapt ce se ştie bine încă de la Heraclit şi Aristotel. În măsura în care o societate democratică înțelege şi acceptă că nu toți oamenii sunt la fel de bogați şi dotați, că există oameni cu inteligență superioară, creativi şi alții cu deficențe intelectuale, nu este nimic aberant să

se accepte că „disfuncția” din cazul tulburării mintale se înscrie într-o zonă a minusului antropologic.

Stările psihopatologice sunt înscrise în structura existenței umane iar tulburarea mintală este o modalitate de existență la extreme, la periferia unui centru, într-o zonă a minusului. Prin ea se realizează un “experiment natural” ce nu poate fi eradicat din principiu. Aceasta nu înseamnă că această zonă nu poate fi cunoscută şi controlată cât mai bine. Ceea ce îşi propune şi psihopatologia clinică.

1.7 Corelații psihologice ale psihopatologiei clinice

Psihopatologia ca ştiință s-a dezvoltat în paralel cu ştiința psihologiei, dar pe linii paralele. Relația între ele este firească şi răzbate în toate marile doctrine psihopatologice. Ea este în egală măsură importantă pentru psihopatologia clinică. Aceasta trebuie să țină cont de starea actuală a ştiinței psihologice şi în primul rând de psihologia persoanei.

Psihologia persoanei e o direcție de cercetare şi elaborare teoretică care deşi nu e rigid structurată, are un domeniu oarecum definit. Conceptul de persoană implică individualitate sintetică, biografică a omului, în relaționarea sa cu lumea, cu alții şi cu transcedența. În Europa termenul a fost folosit inițial în drept şi în dogmatica creştină, apoi în etică şi în sfârşit în doctrinele psihologice. Psihanaliza s-a apropiat treptat de noțiunea de persoană dar nu a asimilat-o integral, ea nefiind orientată spre relaționare interpersonal-socială publică explicită. În câmpul personologiei s-a dezvoltat tradițional caracteriologia, corelată inițial cu fațeta etică a acestui concept. Perspectiva caracteriologiei este şi în prezent o ramură importantă a psihologiei persoanei, în ultima perioadă impunându-se teoria celor cinci mari factori. (Five Factor Theory - FFT). La sfârşitul sec.XX, pe un loc important a trecut şi abordarea cognitivistă a psihismului personal, mai ales în perspectiva cogniției sociale. Teoria învățării sociale pune în prim plan conştiința reflexivă şi raționalitatea, centrarea persoanei pe un sine reflexiv şi pe identitatea cu sine, pe atitudine activă şi creatoare a subiectului. Funcționarea sinelui şi a întregului psihism personal este concepută în prezent ca bazându-se pe funcționalitatea creierului. Dezbaterea privitoare la relația minte/corp a preocupat şi

continuă să preocupe filosofii, psihologii şi psihopatologii. Ea preia o tradiție Cartesiană fără a eluda însă axioma funcționării corporal cerebrale a psihicului uman în continuitatea psihismului biologic al animalelor, în tradiția lui Aristotel. Identitatea persoanei presupune nu doar perspectiva socială, a identificării acesteia prin mărci exterioare ci şi coherența biografică, care poate fi narată de alții şi reamintită de subiect. Astfel, teoria narativă a persoanei, dezvoltată de McAdams (McAdams, 1999) şi alții, se articulează firesc cu doctrina cogniției sociale. Aceasta ar putea integra însă şi moştenirea esențială a psihanalizei, constând în psihologia relațiilor interpersonale şi teoria ataşamentului. Şi la fel cercetările ultimului timp în direcția „teoria minții" (Theory of mind - ToM), a „mentalizării". Toate aceste perspective de abordare psihologică ale persoanei sunt în prezent integrate în abordarea developmentală a psihologiei şi psihopatologiei şi se pot articula cu concepția cognitivistă şi evoluționistă.

În continuare se vor menționa liniile directoare ale teoriei cogniției sociale ca important element de referință pentru psihopatologia clinică.

Teoria cogniției sociale a lui Bandura (Bandura, 1999, 1986) concepe persoana ca centrată pe identitatea unui sine – „self" – activ şi creativ, dezvoltat pe baza funcționării cerebrale şi în continuă interacțiune cu mediul, în special cu ambianța specific umană în care subiectul trăieşte. Persoana nu doar se adaptează la acest mediu ci îl şi influențează şi îl modifică continuu. Atitudinea activă a sinelui este subliniată de Bandura prin calificative ca: proactiv, generativ, creativ. Persoana se defineşte prin dorințe, intenții, aspirații, dispoziții dinamice, proiecte, credințe, convingeri, scopuri, pretenții, explorări, predicții, expectații. Toate aceste aspecte ale intenționalității sunt susținute de ansamblul cognitivismului contemporan, atât de cel filosofic cât şi de cel psihologic, cognitivism cu care teoria cogniției sociale e perfect compatibil. Ea subliniază specificul uman al psihismului persoanei, care se manifestă prin: - operații cu simboluri, susținute de limbajul asertiv; - capacitatea specială de reprezentare şi operarea prin intermediere, prin delegare („vicarious capability"); omul nu învață doar din experiența directă ci şi prin exemplul modelator al celorlalți pe care-i poate imita, prin exemplele şi sensurile din poveşti, întâmplări relatate, vizionări de filme etc.; - capacitatea de prevedere, de anticipare, care stă la baza înțelegerii evenimentelor în curs de desfăşurare şi a

intenţiilor celorlalţi; dar care susţine şi propriile proiecte, scopuri, sensuri; - capacitatea de autoreglare a comportamentului şi atitudinilor, în funcţie de desfăşurarea evenimentelor, de rezultate, de autoevaluare, de stima de sine; - capacitatea autoreflexivă, manifestată prin atenţia acordată propriului comportament şi eficienţei acestuia. Aceste capacităţi pun accentul pe dimensiunea conştient raţională a psihismului uman, dimensionat prin logos şi valori. Teoria cogniţiei sociale e consonantă nu doar cu psihologia congnitivistă ci şi cu cea care urmăreşte naturalizarea sinelui, cercetând bazele sale biologice, cerebrale. Şi de asemenea, se poate articula cu teoria narativă a persoanei care, la rândul ei, întâlneşte actuala fenomenologie hermeneutică, narativă.

Teoria cogniţiei sociale mai trimite şi la importanta idee a unui determinism reciproc între subiect şi ambianţă, în care un rol important îl joacă creativitatea persoanei. Orientarea ei spre învăţarea socială deschide orizontul specificului lumii umane, care reprezintă esenţialul lumii în care omul trăieşte. Aceasta implică ansamblul tehnologiei sale specifice, a formelor de limbaj, a discursurilor şi concepţiilor despre lume, mai mult sau mai puţin ştiinţifice. Bandura atrage atenţia că în perspectivă evoluţionistă persoana umană se adaptează de fapt la mediul său specific uman, pe care în acelaşi timp îl transformă creativ. Lumea postmodernismului la care omul actual trebuie să se adapteze şi în care persoana trebuie să fie în prezent creatoare, e diferită de lumea umană din vremea modernităţii; precum şi de cea din afara modernităţii europene. În acest sens, evoluţionismul pe care-l susţine teoria cogniţiei sociale are un înţeles larg.

Pot fi menţionate şi perspectivele psihologice asupra cărora teoria cogniţiei sociale nu se concentrează dar care îi pot fi complementare, cu care se poate articula fără contradicţii: - Psihologia relaţiilor interpersonale înţelese ca şi „câmp psihologic” şi ansamblul problematic pe care l-a lăsat psihanaliza, centrată de teoria ataşamentului; - Psihologia developmentală şi ansamblul programelor de cercetare bio-psiho-antropologică cu care aceasta se articulează; un aspect central al acesteia e formarea sinelui nuclear ce se evidenţiază odată cu fenomenul mentalizării (ToM); - Psihologia evoluţionistă, cu punct de plecare în evoluţia speciilor, care urmăreşte la fel ca şi

cognitivismul, structurarea „creierului social”; - Fenomenologia hermeneutică a intersubiectivității care se articulează cu perspectiva „persoanei întâi” din cognitivism şi cu interacțiunile şi comunicarea interpersonal socială. Toate aceste perspective au în vedere o înțelegere tot mai nuanțată a sinelui personal, ca suport al proceselor de mentalizare şi de realizare intențional interpersonală a subiectului. Conceptul de „mentalizare” se impune în ultimul timp ca indicând modul specific de raportare a sinelui la lumea umană. Instanța persoanei articulează axul sinelui cu planul socio-cultural, supraindividual şi valoric al existenței umane.*

Marile linii directoare ale psihologiei actuale susțin un cadru de referință suficient de bine conturat pentru înțelegerea psihopatologiei clinice. Totuşi, aceasta ar beneficia în continuare de clarificări conceptuale şi studii sistematice făcute de psihologi şi alți specialişti în direcția persoanei umane.

1.8.Psihopatologia şi perspectiva transcultural istorică

Abordarea şi studierea fenomenelor psihopatologice se reaşează totdeauna, cum e şi firesc, în actualitate. Dincolo de istoria propriu-zisă a unei specialități practico-teoretice - în cazul de față psihiatria – se ridică problema felului în care au existat şi s-au manifestat fenomenele umane pe care aceasta le abordează, în variate culturi şi epoci istorice. În cazul psihopatologiei această variabilitate e desigur mare. Totuşi, în perspectiva ştiinței contează nu doar ceea ce poate fi studiat empiric pe o cazuistică actuală, ci mai ales ceea ce poate fi transpus într-un model teoretic coerent, cu valoare explicativă pentru o cât mai mare arie de răspândire a fenomenului; dacă nu chiar în perspectivă general umană. Deci un model care să poată lectura explicativ fenomene înregistrate în diverse culturi şi perioade istorice. Acest fapt necesită transpoziția fenomenelor psihopatologice într-un limbaj cât mai puțin circumstanțial. Problema e valabilă şi pentru conceptele şi datele ştiințifice ale psihopatologiei de la începutul sec. XXI. Intenția de a identifica coordonatele unui psihism general uman o afirmă în ulimul timp psihologia şi psihopatologia evoluționistă. Dar modelele explicative nu pot să reducă psihopatolgia omului daor spre termeni ce derivă din biologie. Frica umană şi premizele umane ale acțiunii sunt diferite de cele ale mamiferelor şi ale maimuțelor

antropoide. Şi la fel, sexualitatea şi agresivitatea umană se cer lecturate şi înțelese şi în termeni culturali, fără ocolirea zonei de referință la sacralitate.

Pentru început menționăm cîteva aspecte psihopatolgice colecționate de cei ce s-au ocupat de psihopatolgia transculturală şi istorică, ca teme de meditație pentru problematica psihopatolgiei clinice.(Ellenberger)

*

* *

Omul are parte de multe frici diferite de cele ce se întânesc în regnul animal. Şi în primul rând frica de zei, de Dumnezeu. Dar multe din fricile sale sunt legate de activitățile zilnice, ele fiind motivate, prin semnificații comprehensive. Există însă şi frici mai particulare, mai ciudate.

Vertijul de Kayak (kayaksvimmel) descris de danezi la eschimoşi, constă dintr-o trăire anxios-fobică ce apare în condițiile imobilității în kaiak a pescarului singur, într-o zonă de reale pericole, la cei ce au avut în perioada precedentă evenimente neplăcute. Trăirea conduce la un comportament de evitare. Specificul zonal, cultural şi profesional nu poate înlătura analogiile cu „vertijul trecerii prin piețe mari şi goale”(Platzschwindel) descris de Wetsphel în sec. XIX. Subiectul, aflat departe de casă, într-o zonă neprotejată – deci cu posibile pericole – şi în care nu există repere spațial fizice de sprijin, trăieşte vertijul, anxietatea căderii în gol, fapt ce are ca bază biologică instabilitatea poziției verticale, ce o asigură în mod normal informațiile din zona vestibulară. În simptomatologia clinică situația a fost descrisă ca „batofobie”. Adică frică a căderii în gol, în adâncuri, ce poate fi resimțită şi la trecerea pe o punte îngustă, peste o apă sau o prăpastie. Se corelează în acest caz fobia de înălțime, de adâncuri, (puțuri, prăpăstii, creste de munte, balcoane de etaj înalte, zbor cu avionul etc.) cu cea de traversare a unei piețe largi fără puncte de sprijin spațiale. Căci s-a demonstrat că persoana respectivă poate traversa piața chiar condusă de mână de un copil sau împingând un cărucior. Fenomenul ar fi explicabil, în conformitate cu cercetările empirice ale lui Piaget de la mijlocul sec. XX, prin nestructurarea suficientă – sau structurarea fragilă şi disoluția ulterioară – a percepției şi reprezentării spațial fizice a lumii percepute în cursul ontogenezei. Practic nu e depăşită etapa asimilării relațiilor spațiale în sensul topologic

al punctelor de contact în direcţia spaţiului tridimensional al perspectivelor şi a celui euclidian al echivalenţei acestora. (Lăzărescu, 1969). Fragilitatea acestei structurări se poatre manifesta în diverse situaţii, din care derivă fobii spaţiale: de spaţiu restrâns (claustrofobia), de spaţiu prea larg pentru a fi parcurs ("Platzschwindel" sau agorafobia în sens restrâns), de înălţime şi adâncime. Aceasta deoarece o percepţie situaţională a lumii ca spaţiu al acţiunilor posibile, stă la baza atât a proiectelor de acţiune eficientă cât şi a raportării faţă de lume ca sursă a unor evenimente în raport cu care se cer reacţii prin acţiuni eficiente în spaţiul lumii înconjurătoare. Fobia de adâncime şi deci "Kayaksvimmel" se înscrie în această paradigmă de fragilitate sau deficienţă psihică. Faptul de a reduce pe cât posibil principalele sindroame psihopatologice la modele biopsihologice şi antropopsihologice bazale, poate constitui o bază pentru noi ipoteze, cât mai riguroase, de cercetare şi interpretare a fenomenelor psihopatologice. Esenţial este însă ca psihopatologia să poată depăşi într-un fel dependenţa de circumstanţialitate; sau de un anumit univers, de o anumită lume socio-cultural-istorică, spre aspecte antropologice cât mai bazale. Care oricum, implică într-un fel sau altul minusul, fragilitatea antropologică.

*

* *

Un comportament particular, aberant sau patologic, poate fi corelat până la un punct şi cu permisivităţile şi modelele comportamentale admise sau cultivate de o socio-cultură dată. Astfel de exemplu transexualismul, exprimând propensiunea homosexuală, nu numai că a fost acceptat dar a fost şi instituţionalizat la multe populaţii, de-a lungul istoriei cunoscute. Primele date le avem din tratatele hipocratice în care fenomenul era semnalat şi denumit "maladie a sciţilor". Bărbaţii care preluau obiceiuri, comportamente, preocupări, expresii şi haine feminine aveau, în diverse culturi însărcinări specifice. La descoperirea Americii spaniolii au întâlnit în Antile, Louisiana şi Florida o categorie de bărbaţi care trăiau ca femeile, cu aprobarea şi chiar respectul colectivităţii. În război erau infirmieri şi brancardieri. Spaniolii i-au considerat hermafrodiţi – deci în legătură cu diavolul – şi i-au exterminat. Civilizaţia şi cultura greacă nu doar a tolerat ci a şi cultivat homosexualitatea masculină, acceptând-o şi pe

cea feminină. Iar la sfârşitul sec. XIX Nietzsche a devenit strident prin faptul că a subliniat acest lucru. În acest ultim caz nu e vorba doar de existența la om a unei preferințe sexuale alta decât cea adaptativ biologică, ci de însăşi consubstanțialitatea ei cu o epoca de înflorire culturală excepțională cum a fost cea a Greciei antice. Nu e de ignorat nici că relativ recent, talibanii condamnau pe homosexuali la moarte. Problema poate constitui o temă de studiu pentru psihopatologia evoluționistă. Umanitatea, aşa cum s-a afirmat ea după neolitic, a cultivat munca în zone sedentare, administrația, geometria şi proprietatea privată, context în care s-a stabilizat şi familia (în sec.XIX Engels a scris o carte intitulată „Originea familiei şi a proprietății private". Sexualitatea s-a cantonat, pentru procreere, în zona privată a familiei; iar erotismul şi dragostea s-au bazat pe această deschidere antropologică, inclusiv în manifestările sale culturale, inhibând tendințele ce deviau de la norma biologică şi cea culturală. Deschiderile şi permisivitățile culturale ale sexualității au avut şi au desigur multiple condiționări. Dar comentariul psihopatologic nu poate evita plasarea în contextul uman cultural, care valorizează totdeauna sexualitatea prin specificitatea unei culturi.

*

* *

Acceptarea, cultivarea şi ritualizarea unor comportamente particulare în cadrul unor unor socio-culturi poate fi, până la un punct, o alternativă sau o absorbție pentru unele manifestări excentrice, care ar putea aluneca spre psihopatologie. "Cursa de amok" este deseori citată de psihopatologie în perspectivă transculturală. Ea a fost descrisă inițial în India şi arhipealagul Malayez ca o tulburare ce cuprinde unele persoane ce intră într-un fel de transă, devin agresive, ajung să lezeze sau să omoare pe alții şi nu pot fi oprite decât prin capturarea şi uciderea lor. O astfel de manifestare era însă bine cunoscută şi instituționalizată în context războinic, ca "furie sfântă" ca sacrificiu personal, închinat zeului colectivității, pentru victorie. Tavernier descrie (în 1717) în Batania "crize de Mecca" la mahomedani, mai ales la cei care fuseseră la Mecca şi care în cursul bătăliei, pleacă cu cuțitul în mână şi omoară câți duşmani pot, până ce la rândul lor sunt răpuşi de cei din tabăra adversă convinşi că vor ajunge după moarte în rai. După aceea, colegii de armată le fac un mormânt frumos, aşa cum se cade

unor eroi. Documentele ne semnalează însă astfel de " curse" nu doar la mahomedani. Vergiliu descrie în Eneida un fel de cursă de amok a lui Turnus. În acelaşi sens s-a vorbit de "furor teutonicos". Dacii erau şi ei celebri prin degajarea cu care plecau spre moarte, în luptă convinşi şi ei că se sacrifică zeului. Literatura scandinavă a comentat "beserkerwust" ca şi comportament eroic a luptătorilor viteji şi foarte iubiți de Odin, zeul războiului. La un moment dat, în iminența atacului, un luptător voinic era cuprins de o puternică criză de furie, începea să urle, îşi arăta dinții, spumega, ochii i se întorceau în cap şi străluceau ciudat. Apoi se arunca asupra a tot întâlnea în cale, omorând pe oricine, muşcându-şi buzele, etc. Beserkşii se credeau în aceste perioade transformați în lup sau în alt animal feroce omorând un mare număr de duşmani, până ce erau la rândul lor omorâți. Ei ştiau că vor fi stimați şi considerați eroi. Mai târziu textele scandinave menționează că în afara perioadelor de luptă, cei ce aveau astfel de crize puteau omorâ mulți oameni paşnici, fiind ca urmare considerați tâlhari şi izolați. După creştinarea Scandinaviei, beserkerswurt dispare odată cu apariția ideologiei creştine despre iubire şi condamnarea criminalilor. Comportamente similare cursei amok se întâlnesc mai recent în literatura europeană, de ex. în texte literare ale lui Selimovici sau Csapek. (Lzărescu, 1989). Ritualul se reduce treptat la esențialul său de dialectică a agresivității: cel pornit în cursă ucide pentru a fi omorât. În final, este vorba,în varianta sa decăzută din ritualul eroic care se corela cu credința în zei şi în viața de apoi - de o tehnică de sinucidere inidirectă, mascată. Deşi, o parte din teroriştii sinucigaşi islamici ai ultimilor ani reactivează înțelesul arhaic al modelului comportamental. De altfel, rămâne încă de studiat corelația între funcționarea lobului temporal – şi unele manifestări din epilepsia temporală – şi predilecția pentru stări de transă mistică, aceste stranii „echivalențe epileptice” din unele stări crepusculare a celor ce suferă de „morbus sacer”. Fenomenele de „pick” psihologic au fost considerate de unii – de ex. de Maslow – ca definitorii pentru normalitatea psihică a omului.

*

* *

Fobia de spațiu neprotejat, propensiunea homosexuală, sinuciderea indirectă – derivată din starea crepuscular agresivă a jertfei războinice „plăcută" Zeilor - sunt modele comportamentale care chiar dacă îşi au rădăcina în comportamente bio-psihologice şi antropologice obişnuite ajung uneori să nu mai fie adaptative, prin decontexualizare, pierderea de semnificație, prin intensitate, perturbare a vieții sociale, suferință, neadaptare. Dar şi printr-un deficit disfuncțional intrisec. Incidențele în care se manifestă neobişnuitul trăirilor şi comportamentelor este diferit : - prelucrarea şi sinteza informațiilor despre spațiul ambiental ca şi premiză a acțiunilor eficiente; - orientarea perferinței sexuale în corelație cu universul socio-normativ şi cultural; - raportarea la finitudinea propriei existențe în raport cu existența transcendentă şi cu sensul existențial. Varietatea istorică culturală a existenței umane relevă multiple variante de normalitate firească, dar şi de comportament particular, uneori performant, alteori excesiv sau patologic. În perspectiva psihopatologiei ar fi de dorit să se poată formula acele coordonate transculturale şi transistorice - dar nu doar reductivist biologice – coordonate înscrise în structura persoanei şi posibile de un deficit disfuncțional, care să permită depistarea vulnerabilităților şi să facă comprehensibile stările psihopatologice umane. Şi astfel să se ajungă la sprijinirea indivizilor şi a colectivităților, pentru ca răul psihopatologic să fie minimalizat şi gestionat cu înțelepciune.

*

* *

La sfârşitul acestei scurte intervenții transcultural istorice se poate meționa şi faptul că tipul de instituții sociale care au în vizorul lor cazurile cu probleme psihopatologice variază şi ele. Tradiția azilară a Europei, care a fost continuată de cea a Spitalelor de psihiatrie izolate de comunitate, a favorizat studierea detailată a unei populații selecționate şi scoasă din mediul său natural. Prin comparație s-ar putea spune că studierea comportamentului animalelor din captivitate conduce la concluzii diferite de studierea nemijlocită a animalelor ce viețuiesc în mediul lor natural, aşa cum o practică etologia. Psihopatologia clinică actuală e marcată încă de tradiția acestor studii pe populația intra-azilară, internată în clinici de psihiatrie. Această înțelegere şi

abordare este şi în zilele noastre prezentă în însăşi definiția tulburării mintale promovată de DSM III – IV: prezența unui „sindrom clinic semnificativ”. Această formulare corectă şi utilă, care stă nu doar la baza înțelegerii dintre psihopatologi ci şi a multor cercetări semnificative, are un fundal de presupoziții fără de care nu poate funcționa, dar care nu e formulat explicit. Acest fundal e centrat de ideea „clinicii psihiatrice”, de faptul că e vorba de oamenii despre care se presupune că ar fi putut face parte din categoria celor internați şi izolați în spitale. Şi astfel, obiectivați. Desigur azilul de psihiatrie a dispărut în coordonatele sale derfinitorii. Dar în însăşi formularea de „caz clinic” sau „sindrom clinic semnificativ” funcționează latent obiectivarea pe care spitalul de psihiatrie a practicat-o atâta timp, aşezarea celuilalt în „poziție de obiect”. Poate, e o opozitivitate şi o obiectivare necesară, care nu va dispărea niciodată, chiar dacă se va conjuga armonic cu alte perspective. Dar abordarea psihopatologiei clinice „şi din alte perspective” e la fel de necesară.

Partea a II

Psihopatologia clinică în perspectiva neokraepeliană, cantitativă şi obiectivantă

Capitolul 2

Episodul psihopatologic

2.1. Semiologia psihopatologică în perspectiva sindroamelor; 2.2. Descrierea principalelor sindroame standard; 2.3. Semiologia psihopatologică în perspectiva simptomelor; 2.4. Subgrupaje sindromatice şi combinarea sindroamelor în cadrul episodului; 2.5. Manifestarea sindroamelor în cadrul episoadelor psihopatologice; 2.6.Perspectiva diacronă a episodului psihopatologic; 2.7. Instalarea episodului psihopatologic; Prodromul

Actuala psihopatologie clinică, aşa cum s-a configurat ea în ultimii 30 ani după publicarea DSM-III, este declarat de orientare neokraepeliniană şi cantitativă. Tulburarea mintală e considerată ca bazându-se pe episoade psihopatologice ce pot fi circumscrise cât mai obiectiv prin criterii explicite de diagnostic şi măsurat cantitativ prin scale de evaluare. Întreaga concepție presupune un determinism predominat cerebral disfuncțional, al tulburărilor. Noile orientări din psihopatologie încearcă să nuanțeze şi să flexibilizeze această viziune.

Episodul psihopatologic (ep.pt.) este baza patologiei psihiatrice şi a psihopatologiei clinice. O tulburare mintală (t.m.) constă (1.5.d) din unul sau mai multe ep.pt. din aceeaşi clasă ce apar pe un teren specific şi lasă sau nu un defect. În extremis t.m. ar putea fi diagnosticată doar printr-un unic ep.pt. sau prin identificarea unui teren anormal de tipul tulburării de personalitate. Pentru o imagine consistentă a t.m. e nevoie însă de o perspectivă temporală, de mai multe episoade şi de o tendință evolutivă, aşa cum gândea Kraepelin. Iar terenul presupune mai multe caracteristici specifice în sensul vulnerabilității, episoadelor subclinice, prodromului etc. În plus, e de obicei invocată şi perspectiva genetică, familială. Toate aceste aspecte au fost deja aduse în discuție în primul capitol. Cât priveşte însuşi episodul psihopatologic acesta se caracterizează în primul rând prin simptomatologia sa care-l diferențiază de normalitate şi de alte ep.pt. Desigur, aşa cum s-a precizat deja în primul capitol (1.5.)sunt şi alți parametri precum intensitatea simptomatologiei, durata, modul de instalare şi remisiune, respondența

terapeutică (Fig.I). Dar manifestarea simptomatologică este aspectul esențial. De aceea la acest prim nivel de abordare a psihopatologiei clinice, cea a episodului, se cere prezentată şi comentată în primul rând semiologia psihopatologică care, cel mai firesc, se prezintă ca "sindroame standard".

2.1. Semiologia psihopatologică în perspectiva sindroamelor

Semiologia medicală este comentată din perspectiva simptomelor şi sindroamelor. Simptomele (s.) exprimă perturbarea unei funcții simple şi au un mare grad de generalitate, de nespecificitate nosologică. Aşa e de ex. scăderea în greutate, febra sau dificultatea de concentrare a atenției. Sindroamele (sd) constau dintr-un grupaj de simptome ce se întâlnesc frecvent împreună şi exprimă perturbarea unei funcții complexe, trimițând ceva mai specific spre nosologie şi patogenie. Aşa e de ex. sindromul insuficienței circulatorii periferice, sd. de hipertensiune intracraniană, sd. anxietății generalizate sau cel maniacal. Se consideră că episoadele maladive au la bază din punct de vedere semiologic unul sau mai multe sindroame ce se reunesc într-o constelație specifică.

Considerăm că psihopatologia poate fi comentată descriptiv cel mai bine dacă se începe cu prezentarea principalelor sindroame psihopatologice. Aceasta deoarece sindroamele au corespondențe evidente în tabloul clinic al ep. pt. În epoca DSM-III-IV s-a ajuns chiar ca simptomatologia episoadelor să fie etichetată cu denumirea generică de „sindroame". Iar pe de altă parte ele corespund unor trăiri umane fundamentale, pe care oricine le poate recunoaşte la sine şi la alții. Desigur, respectivele trăiri din normalitate, de tipul depresiei, euforiei, obsesiei, dependenței, deciziilor pripite, iluziilor sau convingerilor fanatice, sunt mult mai complexe şi nuanțate, prezintă variante şi ipostaze ce nu se mai regăsesc în caricatura lor psihopatologică, unde viața psihică e simplificată, împuținată, deficitară. Dar corespondența e evidentă, putând fi urmărit până la un punct un continuum, o tranziție „dimensională". Dimensiune pe parcursul căreia, totuşi, undeva se produce un salt, o mutație. Cât priveşte simptomele, comentarea lor, făcută după cea a sindroamelor, poate completa util tabloul semiologic al psihopatologiei clinice.

Prezentarea descriptivă a marilor sindroame psihopatologice ridică unele probleme metodologice, fapt care se datorează complexității şi varietății unora din ele. Astfel, de ex., sd. depresiv luat în ansamblul său şi mai ales în varianta sa inhibată, cuprinde mai multe componente: - lipsa de interes, hiporeactivitatea la stimuli noi şi anhedonia, care se întâlnesc însă şi în sd. deficitar schizoform; - deficitele cognitive ale atenției, percepției, memoriei, gândirii cu reducerea randamentului, care se întâlnesc până la un punct în mod asemănător în procesele deteriorative ale vârstei a treia; - imobilitatea cu negativism, care se poate întâlni şi în stuporul organic sau de altă origine; - simptome somatice ca inapetența cu scădere în greutate, insomnie, reducerea libidoului, cenestopatii şi hipocondrie, simptome ce se întâlnesc şi în multe suferințe somatice. Alături de acestea întâlnim însă şi caracteristici proprii ale depresiei, cum ar fi: dispoziția tristă, lipsa de speranță, autodeprecierea, vinovăția nemotivată, ideația suicidară. Componentele de semiologie modulară menționate mai sus, ar putea fi considerate şi ele sindroame mai simple sau „subsindroame" în raport cu „macrosindromul" depresiv.

În altă direcție, un sindrom cum este cel fobic, care în ansamblu poate fi caracterizat destul de clar, prezintă variante în funcție de tipul fobiilor: fobii spațiale, sociale, de separație, agorafobie, fobii anankaste etc. Fiecare din acest tip conține, la rândul său, variante simptomatice. De ex., între fobiile spațiale întâlnim pe cea de spații înguste, de spații largi, de înălțime. Într-un caz ca cel al fobiei s-ar putea astfel vorbi de un „grupaj sindromatic". La fel stau lucrurile în ceea ce priveşte sd. comportamentului impulsiv, al addicției, etc.

Decuparea şi gruparea tematică a sindroamelor poate fi şi ea o problemă. Astfel, un domeniu tematic important al psihopatologiei îl reprezintă preocuparea anormală pentru propriul corp, pentru sănătatea şi aspectul acestuia. Se constituie în această direcție grupajul sindromatic somatoform şi altele. Dar respectivele sindroame – de ex. hipocondriac, dismorfofob – pot fi trăite în variante anxios fobice, obsesive, ca ideație prevalentă sau delirantă. Circumscrierea sindromatică orientată de domeniu tematic se conjugă cu o altă orientare sindromatică, în care primul rol îl joacă forma de desfăşurare psihopatologică de preocupare anxios-fobică, obsesivă etc. Şi în continuare, tot privitor

la zona corporalității trăite, fenomenele de depersonalizare corporală sunt comentate tradițional în cadrul unui sindrom denumit al depersonalizării; dar care în esență e o tulburare de percepere distorsionată a propriei corporalități de către subiect. Practic, este imposibil să se decupeze sindroamele psihopatologice în conformitate cu un criteriu unic. Şi totuşi, orientarea semiologiei spre sindroame este deosebit de importantă, atât pentru clinica psihiatrică cât şi pentru psihopatologie în general.

O altă problemă e aceea că tablouri sindromatice coerente, cum sunt de ex. depresia, mania, anxietatea, suspiciunea paranoidă, pot avea echivalente în trăsăturile caracteriale ale personalităților patologice. Fapt ce atrage atenția asupra ideii că psihopatologia exprimă disfuncționalitatea şi manifestarea deficitar disfuncțională a unor dimensiuni bazale adaptative ale psihismului persoanei umane, care se exprimă atât situațional, cât şi constant, diacron. Astfel de ex., dependența se poate manifesta atât prin addicția de substanțe psihoactive sau de anumite comportamente, cât şi ca dependență de alte persoane, ultima fiind o caracteristică a unei tulburări de personalitate. La fel, tensiunea agresivă se poate manifesta ca iritabilitate, explozivitate sau opozivitate situațională, dar şi ca o trăsătură de personalitate. Problema se pune la fel pentru patologia obsesiv-compulsivă, impulsivă etc.

Întreaga tradiție a semiologiei psihopatologice sugerează că numărul principalelor sd.pt. nu e infinit. Ele pot fi apreciate ca fiind mai multe sau mai puține, la fel ca numărul tipurilor de tulburări de personalitate, în funcție de decupajul efectuat. Dar lunga tradiție observațională indică un număr limitat. Faptul e important pentru că sugerează existența unor dimensiuni şi structuri bazale ale psihismului persoanei conştiente, pe care psihopatologia, în calitatea sa de experiment natural, le indică şi le relevă.

*

* *

Descrierea sd. psihopatologic are la bază observații clinice făcute timp de decenii şi secole. Cazurile ce au stat la baza acestei observații, cazuistica ce a fost studiată şi sintetizată inductiv, a fost desigur variată, descrierea sindromatică reunind şi sintetizând aspectele esențiale de caracterizare. Există pentru orice sd. unele simptome sau aspecte

mai importante şi altele mai periferice. Depresia inhibată ar putea fi caracterizată în esență prin: - hipertimie negativă tristă cu lipsă de speranță, anhedonie, autodevalorizare şi idei suicidare; - bradipsihie şi inhibiție generalizată. În manie esențiale ar fi hipertimia euforică cu autoapreciere exagerată şi dezinhibiție însoțită de tahipsihie. Dar prezentarea descriptivă a unui sd. trebuie să cuprindă, în cele din urmă, întreaga simptomatologie cunoscută. Aceasta se cere, la rândul său sistematizată. Jaspers a propus să se comenteze următoarele perspective: - simptomele subiective; - cele ale performanțelor psihice, în special cele cognitive; - simptomele comportamentale expresive, manifeste, în specificul lor uman; - simptomele corporale. Nu toate sd. psihopatologice pot acoperi aceste arii sau le acoperă disproporționat, pe unele cu mai multe, pe altele cu mai puține simptome. Mai intervin apoi variantele tipologice, aşa cum s-a menționat mai sus privitor la fobie. De aceea descrierea sindroamelor nu poate fi rigid unitară. Mai ales că prezentarea descriptivă a sindroamelor este parțial şi un construct teoretic, un fel de „caz tipic ideal" sau „caz didactic".

În medicină şi în psihopatologie sindroamele au individualitatea lor ce poate fi descrisă şi recunoscută. Această individualitate rezultă pe de o parte din suma, din configurația simptomatică. Între simptomele ce constituie un sindrom totdeauna unele au fost considerate mai importante, mai „centrale" şi altele mai periferice, cu o semnificație mai redusă. Tabloul simptomatic specific sindromului poate fi considerat din perspectiva frecvenței cu care se întâlnesc împreună simptomele ce o compun : mai mare pentru cele importante, mai mică pentru celelalte. Există însă, tot tradițional, un punct de vedere, „configuraționist" care consideră sindromul ca un ansamblu structurat. În plus, în medicină sindromul apare de obicei ca „disfuncția" unor funcții normale. Şi în psihopatologia sec.XIX şi XX sd.ps. au fost şi sunt considerate ca disfuncții a unor funcționări cerebrale. Mai recent însă ele sunt interpretate de psihopatologii evoluționişti şi ca disfuncții a unor funcții psihice adaptative fixate prin evoluție. Această interpretare se poate lărgi în sensul interpretării lor ca disfuncții ale unor funcții adaptative specific antropologice constituite pe mai multe căi.

Prezentarea ce urmează a sd.ps. reuneşte datele clasice a descrierilor ce se găsesc în manuale şi tratate. Lucrările dedicate special semiologiei au fost şi sunt puține în plan

internațional. Putem menționa : SCAN-OMS, Sistemul european AMDP (2001), cărțile lui Scharfetter (1980), Sims (ultima editare realizată de Oyebode, 2008). DSM-III-IV este în esență centrat pe sindroame. Fiecare tratat de psihiatrie are un capitol de semiologie. Monografiile tratează pe larg simptomatologia tulburărilor pe care le abordează. În textul ce urmează, pentru câteva din marile sindroame psihopatologice aşa cum e macrosindromul depresiv, sindromul maniacal şi sindromul anxios, simptomatologia e prezentată destul de detailat. Pentru altele expunerea e mai sintetică. Ordinea prezentării sindroamelor urmează o anumită logică fără a se tenta o sistematizare rigidă. Tot pentru a creşte flexibilitatea abordării se prezintă sub expresia generică de „sindrom", sindroame psihopatologice de diverse complexități, inclusiv mai simple, de rangul „subsindroamelor". Pe de altă parte sunt comentate şi „complexe sindromatice" reunite printr-un anumit criteriu semnificativ. Şi deasemenea sindroame ce se prelungesc în trăsăturile tulburărilor de personalitate. Descrierea şi ordinea sindroamelor este realizată în continuare şi cu intenția unei articulări utile şi flexibile cu realitatea clinică. Şi deasemenea, pentru a sugera dezvoltări în cercetarea teoretică şi practică în domeniul psihopatologiei clinice.

Înțelegerea psihopatologiei presupune cunoştințe de psihologie. Psihismul uman se diferențiază de cel al animalelor, fiind mult mai complex, dimensionat prin sinele reflexiv, prin conştiință de sine şi logos, prin persoana ce se manifestă într-un mediu socio-cultural, prin norme şi valori. Faptul a fost semnalat în primul capitol (1.7.). Dar la ora actuală nu avem la dispoziție o elaborare psihologică sistematică şi coerentă care să fie un referențial ferm pentru psihopatologia clinică, De aceea, pentru o articulare cu perspectiva normală a psihismului sunt intercalate în expunere câteva casete cu „excursuri psihologic antropologice". Aceste scurte prezentări ale psihismului persoanei umane constituie la acest nivel un puzzle, sugerând ceea ce ar putea fi referențialul în normalitate a psihopatologiei clinice. Coerența acestor trimiteri psihologice sperăm să se evidențieze pe parcurs, mai ales prin referințele la structura şi funcționarea sinelui şi persoanei (a se vedea şi Anexa I).

*

* *

Lista sindroamelor standard şi a excursurilor psihologic antropologice care vor fi prezentate în acest capitol :

1. Sd. instabilității psihomotorii
2. Sd. anxietății generalizate şi al atacului de panică
3. Sd. fobic
4. Sd. obsesiv-compulsiv
5. Sd. ticurilor
    a. Ex. ps.- ant. Funcțiile executive
6. Sd. abulic
7. Sd. comportamentului impulsiv
8. Sd. de dependență-addicție
9. Sd. depresiei inhibate
10. Sd. maniacal
    b. Ex. ps.- ant. Dispozițiile afective
11. Sd. comportamentului iritabil-ostil
12. Sd. apatic
    c. Ex. ps.- ant. Corporalitatea trăită
13. Sd. somatoform
14. Sd. dismorfic
    d. Ex. ps.- ant. Identitatea persoanei
15. Sd. dedublării personalității
16. Sd. de depersonalizare-derealizare
    e. Ex. ps.- ant. Relaționare interpersonală
17. Sd. cataton
18. Sd. senzitiv-relațional
    f. Ex. ps.- ant. Convingerile personale
19. Sd. delirant
    g. Ex. ps.- ant. Percepția situațională a lumii
20. Sd. halucinator şi al distorsiunii percepției

h. Ex. ps.- ant. Sinele nuclear şi distanţele interpersonale

21. Sd. de transparenţă-influenţă şi referinţă

i. Ex. ps.- ant. Coerenţa centrală şi sinteza psihismului

22. Sd. dezorganizării ideoverbale şi motivaţional-comportamentale

j. Ex. ps.- ant. Intenţionalitatea psihismului

23. Sd. amotivaţional şi grupajul sd. Schizo-deficitar
24. Sd. autist

k. Ex. ps.- ant. Vigilitatea conştientă

25. Sd. de delirium: denivelarea vigilităţii conştiente
26. Sd. demenţial

2.2. Descrierea principalelor sindroame standard

1. Sindromul instabilităţii psihomotorii, al deficitului de atenţie şi hiperkineziei. Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder - ADHD

Animalul şi omul sunt fiinţe ce trebuie să investigheze continu ambianţa pentru a supravieţui şi a progresa. În stare de veghe, individul nu doar reacţionează la stimulii provocatori ai lumii ci este deseori constant într-o stare de atenţie investigatorie mai ales când apar stimuli care să îi stârnească curiozitatea. Acest fapt stă la baza detectării informaţiilor noi, a celor utile şi/sau periculoase. Investigarea activă are, în forma sa bazală o componentă psihomotorie, care creşte în momentele de alertă. În acest context al tensiunii investigatorii există o disponibilitate crescută pentru o reactivitate psihomotorie imediată, care să fie eficientă pentru adaptare.

Atitudinea investigatorie menţionată mai sus este mai pronunţată în aspectul său psihomotor în copilărie şi prima parte a vieţii, ulterior predominând, în mod natural, curiozitatea intelectuală. Sindromul ADHD exprimă deficienţa disfuncţională a funcţiei adaptative mai sus menţionate care se manifestă excesiv şi disfuncţional. El se caracterizează prin:

- Deficit de atenţie, în sensul unei mobilităţi atenţionale crescute ce nu poate fi centrată mai mult timp pe un obiectiv, fiind lipsită de persistenţă. Dar nu e prezentă o

alertă investigatorie tensionată, ca în anxietate; ci un fel de curiozitate; cu reactivitate crescută pentru orice stimul

- O tendință la dezinhibiție psihomotorie, la neliniște hiperreactiv impulsivă: subiectul nu e liniştit, nu e capabil să păstreze o atitudine motorie calmă şi controlată, se mişcă în permanență, psihomotricitatea sa scapă de sub control, deranjează ambianța, în cadrul jocurilor cu colegii şi a activităților educaționale. La fel ca în cazul atenției, persistența e deficitară şi în acțiune: copilul nu duce la capăt lucrurile începute. Se produc reacții scurtcircuitate adversive, explozive şi comportamente impulsive, fapt ce perturbă integrarea socială şi întreține, prin reacție şi sancțiune, tulburarea.

Sindromul ADHD este considerat, în principiu specific copilăriei, oricum primei perioade de viață a persoanei; deşi în prezent, tot mai multe cercetări evidențiază prezența sa la adult. El se diferențiază de anxietatea generalizată, în care dominantă e tensiunea de aşteptare în fața unui pericol potențial cu sentimentul vulnerabilității crescute. Şi de asemenea de stările hipomaniacale – prezente mai des la adult – în care predominantă e hipersociabilitatea şi o asertivitatea euforică centrată pe prezent.

2. Sindromul anxietății generalizate şi al atacului de panică; Anxietatea generalizată

Anxietatea e trăită frecvent în normalitate ca sentiment al unui pericol neprecizat (ca temă, timp şi loc). Ea se manifestă prin hipervigilență, tensiune de aşteptare investigatorie, nelinişte, nesiguranță. Sub această formă e prezentă şi la animale, ca stare de alertă, care e adaptativă pentru condiția apariției bruşte a unor informații noi şi neprecizate; sau a prezenței unor informații insuficiente care ar sugera un posibil pericol. Şi la om poate fi condiționată de informații insuficiente sau greu de sintetizat, de lipsa de repere, de conştiința incapacității de-a face față unor solicitări majore şi periculoase, de incapacitatea de a controla situațiile. Are multiple manifestări somatice condiționate de alerta generală în care se află organismul.

Anxietatea generalizată în sensul de sindrom psihopatologic, este o trăire anormală, intensă, constând din sentimentul unui pericol neprecizat şi starea de alertă biopsihică corelativă, care se instalează şi persistă fără o cauză evidentă, timp de zile,

săptămâni, luni, inducând o stare disfuncțională. În această perioadă în prim plan pot trece diverse componente ale sindromului, care se caracterizează prin:

Din punct de vedere subiectiv pacientul trăieşte:

- sentimentul continuu al unui pericol neprecizat, nelocalizat în timp şi spațiu, preocuparea că ar putea să apară un pericol necontrolabil;

- îngrijorare excesivă privitor la ce se poate întâmpla într-un viitor apropiat, lui sau celor apropiați sufleteşte, cu imaginarea unor eventualități sau întâmplări nefavorabile ce le-ar putea trăi; - poate apare chiar sentimentul unei catastrofe iminente, a morții sau înnebunirii sale iminente; - sentiment de încordare, de tensiune interioară, iritabilitate, irascibilitate, nerăbdare; - imposibilitate de relaxare psihică; - reținere față de necunoscut, față de contactul cu noul, cu persoane necunoscute, față de situații problematice; - neplăcere de a rămâne singur, neplăcere față de întuneric; - atenție exagerată acordată funcționării propriului corp cu interpretarea catastrofică a senzațiilor corporale ca posibili indici de boală sau a unei disfuncții fatale.

- în perspectiva timpului trăit subiectul se concentrează pe un prezent punctiform, intens trăit, deschis spre un viitor problematic şi periculos, nefavorabil. Trecutul nu interesează decât în măsura în care ar putea informa despre eventuale pericole. Viitorul nu poate fi abordat într-o perspectivă îndepărtată. Prezentul nu e controlat în perspectiva desfăşurării activităților fireşti şi a celor performante.

- în raport cu sine, subiectul se simte nesigur, vulnerabil şi neajutorat, cu nevoie de protecție din partea unor persoane puternice, nevoie de contact social. Pe alții îi împarte în persoane apropiate cărora le cere ajutorul şi persoane necunoscute, posibil periculoase; dar în perioadele de anxietate crescută este dorită prezența oricui.

Din punct de vedere al performanțelor cognitive se constată:

- Atenția este hipermobilă investigatorie, dispersată, cu dificultăți de concentrare şi persistență; - hiperatenție față de stimuli externi şi interni (informații, senzații, percepții) care ar putea fi relevanți pentru evenimente periculoase; - percepții corporale neplăcute, cenestopatii, dureri musculare;

- memoria şi imaginația pot fi crescute în raport cu anumite teme posibil relevante pentru un eventual pericol; - cursul gândirii este segmentat din cauza dificultății de

persistență; - acordă o semnificație majoră, periculoasă, catastrofică unor informații banale, ca palpitațiile; - deşi subiectul este hipervigil, randamentul intelectual este de obicei scăzut, din cauza dificultăților de concentrare şi persistență.

Din punct de vedere comportamental şi al expresiei, se constată:

- nelinişte psihomotorie: subiectul nu poate sta într-un loc, îşi frământă mâinile, îşi roade unghiile; - neliniştea corporală este echivalentul stării de tensiune investigatorie din biologie; - tensiune musculară (tonus muscular crescut, care poate duce la dureri musculare); - postură încordată, cu reacție de tresărire la zgomot; - imposibilitate de relaxare; - iritare; - tremor al măinilor; - voce tremurată şi precipitată; hiperreactivitate la stimuli. E prezentă o nevoie crescută de contact social (dificultate de a sta singur, mai ales seara şi noaptea), cu solicitare de protecție.

Expresia mimicii este de investigare tensionată, cu mişcări permanente ale ochilor, care exprimă frică; fruntea e încrețită după modelul mirării, uneori încruntare; fața poate exprima îngrijorare.

Din punct de vedere bio-corporal, vegetativ se constată :

Dissomie, cu adormire dificilă (din cauza dificultății de relaxare, a nesuportării întunericului, a fricii de coşmaruri); - somn neliniştit, coşmaruri de cădere în gol sau imposibilitatea de a se deplasa, treziri nocturne, uneori cu atacuri de panică; - tulburări de bioritm cu rău vesperal (spre seară anxiosul se simte mai rău, nu poate sta singur, nu poate adormi sau se culcă cu lumina aprinsă); - ritm cardiac crescut, uneori cu creşterea TA; - tahipnee; - tranzit intestinal accelerat, scaune moi şi frecvente, balonări, borborisme, regurgitații, eructații, uneori greață şi dureri abdominale; - polakiurie; - ejaculare precoce, frigiditate, amenoree, pierderea libidoului; - transpirații (mai ales în palme şi axile); - dermografism crescut, piloerecție, - parestezii (senzații de arsură, furnicături, roşeață); - la nivelul extremității cefalice uscarea gurii, încețoşarea vederii, roşeață şi paloare a feței; - amețeli.

Anxietatea generalizată se poate asocia cu diverse boli somatice cum ar fi hipertiroidismul sau hipertensiunea arterială. Ea se asociază frecvent cu atacurile de panică, cu alte tulburări anxioase şi cu depresia.

Anxietatea poate fi şi de intensitate majoră, psihotică, întâlnindu-se în delirul paranoid, schizofrenie şi în diverse tulburări organice generale şi cerebrale.

Sindromul anxietății generalizate poate fi o ocazie pentru a ilustra cum scalele de evaluare cantitativă psihopatologice selectează un număr de simptome din ansamblul existent, simptome pe care le consideră destul de semnificative şi le evaluează ca intensitate. Se face în final un scor total. Repetarea la intervale regulate a evaluării indică tendința evolutivă a sindromului.

Scala Hamilton de evaluare a anxietății generalizate conține următorii itemi ce se evaluează cu una din 5 valori de la absent la sever.

1. Stare anxioasă (îngrijorare, teamă de ceea ce urmează, irascibilitate)
2. Tensiune (senzație de tensiune, oboseşte uşor, reacție de tresărire, tremurături, senzație de nelinişte, incapacitate de a se relaxa)
3. Teamă (de întuneric, de persoane necunoscute, de singurătate, de animale, de trafic, de aglomerație)
4. Insomnie (adoarme cu dificultate, somn intermitent, somn neodihnitor, oboseală la trezire, vise, coşmaruri, spaime nocturne)
5. Intelectual (dificultăți de concentrare, memorie slabă)
6. Stare depresivă (pierderea interesului, lipsa plăcerii în exercitarea hobby-urilor, depresie, trezire devreme, oscilații diurne)
7. Somatic (muscular) (dureri, spasme, blocaje, tresăriri mioclonice, scrâşnire din dinți, voce tremurată, tonus muscular crescut)
8. Somatic (senzorial) (tinnitus, vedere înceţoşată, senzații de cald şi de frig, senzație de slăbiciune, înțepături)
9. Simptome cardio-vasculare (tahicardie, palpitații, dureri în piept, vase de sânge palpitând, senzații de leşin)
10. Simptome respiratorii (apăsare sau greutate în piept, senzație de sufocare, oftat, dispnee)
11. Simptome gastrointestinale (dificultate de înghițire, gaze, dureri abdominale, senzație de arsură, balonări, greață, vomă, borborisme, diaree, pierdere în greutate, constipație)

12. Simptome urogenitale (polakiurie, micțiuni imperioase, amenoree, menoragie, frigiditate, ejaculare precoce, pierderea libidoului, impotență)
13. Simptome vegetative (uscăciunea gurii, congestie, paloare, tendință de a transpira, vertij, cefalea datorată tensiunii musculare, piloerecție)
14. Comportamentul la interviu (postură încordată, neastâmpăr, neliniște, tremurături ale mâinilor, încruntare, facies încordat, oftat, polipnee, paloarea feței, înghițire în sec, eructație, reflexe osteotendinoase vii, pupile dilatate, exoftalmie).

Se constată că unii itemi cuprind mai multe simptome, aşa cum e itemul 3, teama, pe când cei referitori la simptomatologia somatică sunt țintite şi detaliate. Depresia e inclusă datorită marei sale comorbidități cu anxietatea.

Atacul de panică

În normalitate echivalentul atacului de panică este spaima intensă condiționată de pericole reale.

Atacul de panică în calitate de manifestare psihopatologică este o tulburare paroxistică, delimitată în timp ca o „criză" ce apare brusc şi fără motiv aparent, comprehensiv. Subiectiv persoana trăieşte sentimentul morții iminente sau alte fenomene neplăcute; sunt prezente importante manifestări corporale, mai ales fenomene neurovegetative. Trăirea poate induce o anxietate de aşteptare privitoare la apariția unui nou atac.

În cursul atacului de panică, care poate dura câteva minute, rareori peste o oră, apar următoarele simptome:

Din punct de vedere subiectiv pacientul trăieşte:
- sentimentul foarte neplăcut a ceva rău care urmează să se producă iminent, trăirea cea mai frecventă fiind cea a sentimentului de moarte iminentă, de dispariție; - frică de a-şi pierde autocontrolul, de a înnebuni; - senzație de prăbuşire, de cădere în gol; - trăire de depersonalizare şi de derealizare; - senzație de plutire; - senzație de sufocare, lipsa de aer; - senzația că inima i se opreşte dintr-un moment în altul, motiv pentru care stă continuu cu mâna pe puls; - durerei în diverse zone corporale, predominant abdominal.

- subiectul e în stare de alertă psihică, hipervigil, atent la funcționarea propriului corp, nu se poate debarasa de fixarea sa pe evenimentul neplăcut de spaimă pe care îl trăieşte foarte intens pentru a percepe normal şi a gândi rațional; imaginează eventualități negative grave ale evoluției stării sale, în principiu iminența morții.

Din punct de vedere comportamental şi expresiv:

Solicită ajutor continuu şi insistent, prezența altora (pe care îi poate ține de mână), intervenția cadrelor medicale (transportul la spital); - uneori se precipită cu orice mijloc spre un spital; - alteori poate fi siderat, neclintit sau agitat; - este tensionat, preocupat de funcționarea propriului corp, îşi verifică pulsul, aspectul în oglindă; - faciesul exprimă frică, spaimă, teroare.

Corporal biologic şi neurovegetativ se constată:

Tahicardie paroxistică, cu posibile tulburări de ritm şi creşterea tensiunii arteriale; - hiperpnee, uneori senzația că e nevoie de un efort pentru a respira; - tranzit intestinal accelerat, balonări, eructații, dureri abdominale (uneori în bară care conduc la suspectarea unei pancreatite); - polachiurie, poliurie; - transpirații profuze mai ales în palme şi axile; - paloare marcată;

- cefalee (uneori migrenoasă); - vertij; - începtoşarea privirii; - uscăciunea gurii; - dificultate de deglutiție; - roşeață sau paloare a feței; - dermografism accentuat; piloerecție; ROT vii.

Atacul de panică poate fi facilitat de unele suferințe organice generale, endocrine şi neurologice. El poate apărea în contextul anxietății generalizate (mai ales seara şi noaptea), a tulburărilor fobice (la contact cu obiectul fobogen), în depresie (predominant dimineața) şi în cadrul altor tulburări psihice (schizofrenie, tulburare bipolară). Ridică probleme importante de diagnostic diferențial cu suferințe somatice. Dintre tulburările psihice se cere diferențiat de crizele conversive hiperexpresive care se desfăşoară în prezența unui public semnificativ, pentru a-l impresiona – şi nu doar pentru a cere protecție anxioasă – şi nu prezintă tulburări neurovegetative importante ci manifestări conversive corporale pe musculatura striată.

După apariția unuia sau mai multor atacuri de panică subiectul trăieşte o anxietate de aşteptare; dacă apar circumstanțe asemănătoare cu cele în care s-a produs

precedentul atac el devine încordat, deosebit de atent mai ales la funcționarea propriului corp, își analizează toate senzațiile corporale ca posibili indici ai apariției atacului, fapt care favorizează în cele din urmă chiar reapariția acestuia.

3. Sindromul fobic; Grupajul sindromatic fobic

Fobia este replica în psihopatologie a trăirii fricii care este un fenomen biologic şi uman normal şi adaptativ, foarte răspândit şi variat. În normalitate, la om, majoritatea fricilor se învață în cursul personogenezei. Frica constă din cunoaşterea, amintirea, reprezentarea sau imaginarea unei situații periculoase care din acest motiv e evitată; sau individul desfăşoară conduite de asigurare când ştie că are a se confrunta ele. Există tranziții fireşti între frică, ce se bazează pe nivelul metareprezentațional al psihismului şi anxietate şi spaimă care sunt resimțite direct şi nemijlocit, situațional.

Fobia psihopatologică poate fi considerată o frică insuficient sau deloc motivată pentru subiect şi pentru alții, care e trăită intens, e neadaptativă, induce suferință şi perturbă funcționarea normală a subiectului. Fobia, la fel ca frica, este centrată de teme fobogene – obiecte, ființe, situații – care sunt cunoscute de subiect, sunt evitate sau confruntate după ce s-au făcut asigurări (în sensul de a fi protejat, sprijinit de cineva puternic). Apropierea de situația fobogenă este însoțită de o anxietate de aşteptare cu hipervigilență, stare de alertă şi atenție exagerată acordată stimulilor ce anunță situația fobogenă, pericolul. Iar confruntarea conduce la o trăire neplăcută subiectiv care e însoțită de fenomene neurovegetative; de obicei apare un atac de panică sau un echivalent al acestuia. Sindromul fobic nu poate fi comentat după acelaşi model ca anxietatea generalizată, fiind o tulburare ce se derulează în timp după schema:

Cunoaşterea de către pacient a fenomenului fobic corelat unor situații care duc la atac de panică	Anxietate anticipatorie în apropierea contactului cu situația fobogenă	Conduită de evitare – asigurare	Atac de panică (sau o trăire echivalentă) la contactul cu obiectul fobogen

Sindromul fobic, de fapt grupajul sindromatic fobic, este comentat în raport cu tipul fobiei. Pricipalele forme de fobie sunt: Fobiile speciale; Fobiile spațiale; Fobia (anxietatea) socială; Fobia (anxietatea) de separare; Agorafobia; Fobia (anxietatea) de sănătate; Fobiile anankaste.

- **Fobiile speciale**

Acestea se referă la fobii față de diverse ființe sau situații. Ele sunt frecvente la populația normală, în unele cazuri rezultând din experiențe neplăcute. Dar pot avea şi o origine neclară biografic. Iar în cazuri psihopatologice intensitatea lor e mai mare decât la populația generală. Se menționează:

- Fobia de animale: poate fi vorba de animale mari, cai, boi, câini; sau de animale mici, şoareci, gândaci, aceştia inducând mai degrabă scârbă. Foarte răspândită e fobia de şerpi. Fobiile de animale se întâlnesc şi în prima copilărie de obicei estompându-se ulterior.

- Fobia de elemente naturale: apă, foc, tunete, fulgere.

- Fobia de sânge (se consideră că e în mare măsură înnăscută), fobia de medic (deseori indusă), de medicamente, de stomatolog, de injecții. Fobia de boli şi cea de contaminare constituie o categorie specială.

- **Fobiile spațiale**

Acestea sunt similare precedentelor dar centrate evident pe raportarea la situații spațiale. Se descriu:

- Fobia de înălțime (de a se urca într-un turn, a sta pe balcon la un etaj înalt, a traversa o creastă de munte)

- Fobia de adâncime, ca variantă a precadentei (a privi de pe un pod înalt, a trece o punte peste un pârâu, a privi într-un puț adânc)

- Fobia de spații largi: a trece printr-o piață largă goală, a trece singur o stradă largă dacă nu vine nici un vehicol, dar mai ales dacă este unul, chiar foarte îndepărtat; de precizat că pacientul ajunge de obicei de cealaltă parte a pieței mergând pe lângă case sau însoțit de o altă persoană, chiar un copil mic sau împingând un cărucior, acestea putând constitui un „punct de sprijin" spațial. Sindromul a mai fost denumit „vertij de piață" („Platzschwindel descris de Westphal") sau agorafobie în sens restrâns.

-Fobia de spații înguste, strâmte, închise, fără o posibilitate uşoară de a le părăsi, denumită claustrofobie. Poate fi vorba de coridoare strâmte, camere mici şi închise (celula de detenție), cabină de lift, interiorul unui tramvai sau tren în mers, al unui avion (în ultimul caz se adaugă fobia de înalțime la fel ca în cazul deplasării în cabina unui teleferic).

În fobiile spațiale e de presupus o perturbare a percepției spațiale, a distanțelor şi punctelor de sprijin fizice. Dar ele se pot combina - cel mai clar în cazul agorafobiei – cu prezența oamenilor. Astfel fobia poate fi maximă într-un tramvai aglomerat, în mijlocul unei săli de spectacol sau pur şi simplu într-o aglomerație umană. Aceste situații sunt de obicei incluse în patologia mai amplă a agorafobiei.

- **Fobia (anxietatea) socială**

Fobia socială constă în teama exagerată şi disfuncțională a subiectului de a se manifesta în fața unui grup relativ mic de oameni, a unui public puțin cunoscut, care l-ar putea evalua şi aprecia negativ, critica. Pe măsură ce subiectul se manifestă într-un grup social, apare o stare emotivă tot mai pronunțată cu inhibarea funcționării psihice adecvate şi cu fenomene neurovegetative (echivalentul unui atac de panică): tahicardie, dispnee, fenomene vasomotorii , roşeața feței, transpirații, tremurături, greață, nevoia de a urina. Desfăşurarea comportamentului respectiv e perturbantă, blocantă şi deseori subiectul renunță să se mai manifeste. Ulterior evită situația respectivă, cu anxietate anticipatorie, argumentată de fobia de a nu roşi în public (ereutofobia) şi de a atrage astfel atenția asupra sa.

Situații fobogene din această clasă sunt: a vorbi în fața unui auditoriu, a prezenta un examen oral, a se prezenta într-un spectacol, a conversa cu o persoană necunoscută, a mânca în public, a scrie sau a face orice acțiune sub privirile altora, a vorbi de la telefoane publice, a utiliza WC-ul public (cu inhibiția micțiunii), etc.

Subiectul care prezintă fobii sociale are de obicei o asertivitate redusă.

- **Fobia (anxietatea) de separare**

Se manifestă până la un punct normal şi adaptativ în primul rând la copil în perioada 1-3 ani în corelație cu constituirea relației de ataşament (Bowlby). După 8 luni copilul devine sensibil şi reacționează comportamental cu indici de nelinişte, anxietate,

atunci când pleacă mama şi apare o persoană necunoscută. În funcție de felul în care se realizează relația de ataşament (ataşament sigur, nesigur, ambivalent, fuzional, dezorganizat) anxietatea la despărțirea de mama protectoare poate fi mai mică sau mai mare. Situația separării de ființele şi spațiul protectiv se poate constitui într-o temă fobică.

Fobia de separare se poate defini ca teamă de a se îndepărta de ființe şi locurile resimțite ca protectoare, care dau siguranța subiectului; îndepărtare care condiționează anxietatea şi chiar atacuri de panică. Situația se poate realiza fie prin plecarea ființei protectoare, fie prin depărtarea subiectului de aceasta şi de spațiul familiar şi cunoscut, care dă siguranță; contactul cu persoane şi situații necunoscute accentuează anxietatea.

Anxietatea de separare se întâlneşte şi în biologie unde animalul, mai ales puii, intră în alertă dacă se îndepărtează de părinți şi de cuib (vizuină).

La om ea se poate prelungi dincolo de vârsta primei copilării în perioada şcolară fiind o componentă importantă a fobiei de şcoală.

La vârsta adultă se poate corela cu dependența de persoana puternică şi sigură a subiecților cu personalitate dependentă.

Fobia de separare se poate întâlni separat, dar ea este cel mai frecvent întâlnită – mai ales în perspectivă spațială – în cadrul agorafobiei.

- **Agorafobia**

Constă în teama subiectului de a se deplasa şi manifesta în afara spațiilor familiare şi protejate, mai ales de a fi prezent şi a acționa departe de acestea, în aglomerațiile umane. În cadrul agorafobiei se conjugă fobii spațiale, fobia de separare, fobii sociale.

- Forma cea mai simplă e deplasarea în afara casei, chiar în spații nepopulate; mai anxiogene sunt zonele intens populate, magazinele, bazarele aglomerate, deplasarea cu mijloacele de transport în comun, mai ales dacă sunt aglomerate, deplasarea departe de locurile familiare cu tramvaiul, autocarul, autobusul, trenul, avionul (deplasarea cu automobilul în prezența persoanelor familiare nu ridică probleme)
- este dificilă participarea la spectacole, în săli aglomerate, la şedințe, la reuniuni unde este multă lume, nunți, botezuri, etc.

În toate aceste împrejurări apare o anxietate crescândă ce conduce la atac de panică. Uneori atacul de panică apare relativ brusc, neaşteptat de către subiectul care până atunci nu a remarcat sensibilitatea sa față de spațiile publice, cu manifestări ce solicită o intervenție medicală de urgență. După o astfel de experiență subiectul evită situațiile fobogene respective (departe de spațiul familial şi protector, în zone aglomerate, închise, cu ieşire dificilă din ele). Parcurgerea unor astfel de spații şi situații poate fi uneori posibilă împreună cu o persoană de încredere (conduită de asigurare).Variante ale agorafobiei, în combinație cu alte fobii, pot fi : - frica de a se deplasa cu trenul sau avionul; dificultatea sau frica de a călători şi a sta singur în locuri îndepărtate şi necunoscute. Nu toate situațiile menționate au o intensitate anormală, patologică.

- **Fobia (anxietatea) de sănătate**

Subiectul e preocupat în manieră anxioasă de eventualitatea de a avea o anumită boală care să-i greveze viața sau să-l conducă la moarte. Deobicei are în vedere boli cardiace, cancer, ciroză, demență sau alte suferințe grave. Indici pot fi diverse manifestări subiective, corporale, comportamentale sau psihice, care prin sine sunt nesemnificative dar care sunt supraevaluate de subiectul ce le acordă o importanță exagerată. El se află mereu în tensiune de aşteptare pentru a constata dacă respectivele semne se manifestă; le notează detaliat, consultă mulți medici, citeşte literatura de specialitate. Sindromul este intermediar între anxietate, fobie, preocupare somatoformă, hipocondriacă şi obsesionalitate, putând aluneca mai mult într-o direcție sau alta. Tematica hipocondriacă se regăseşte şi la nivel delirant.

- **Fobiile anankaste**

Aceastea se referă la fobii de obiecte şi situații care condiționează obsesii şi compulsii. Principalele sunt:

- Fobia de murdărie şi spații ce pot fi uşor infestate, fapt ce declanşează obsesia de contaminare şi compulsia de spălare.

- Fobia de dezordine în spațiul intim, ce declanşează obsesia şi compulsia de ordonare.

- Fobii corelate cu obsesii agresive: fobia de înalțime corelată cu compulsia de a se arunca în gol; fobia de obiecte ascuțite şi tăioase corelate cu compulsia de a le utiliza împotriva sa sau a altora.

- Fobia de impulsuri agresive: fobia de a nu rezista tentației de a agresa pe cineva verbal sau fizic; de exemplu de a agresa sau ucide propriul copil sau altă ființă apropiată; obsesia se accentuează în prezența acestuia, fapt ce conduce la conduite de evitare fobică.

Fobiile anankaste se îndepărtează parțial de condiția obişnuită a trăirilor fobice care sunt corelate mai mult obiectelor şi situațiilor externe şi mai puțin reprezentărilor interne.

*

* *

Fobiile se corelează în primul rând cu atacul de panică şi anxietatea generalizată, împreună constituind clasa tulburărilor anxioase. Există interferențe importante şi cu depresia, obsesionalitatea şi patologia dependenței. Fobia poate avea o intensitate psihotică, mai ales sub forma fricii paranoide de intențiile rele a altor oameni, în care caz ea e absorbită de obicei de simptomatologia sindromului delirant.

4. Sindromul obsesiv-compulsiv

În normalitate, după evenimente deosebite, mai ales neplăcute, pot apărea reamintiri pe care subiectul nu le doreşte dar de care nu poate scăpa. La fel, grija şi preocuparea pentru ceva important care urmează sau ar putea să se întâmple, poate declanşa trăiri recurente nedorite privitoare la posibilitățile eventuale de desfăşurare. Ataşamentul crescut față de o persoană se poate însoți de o grijă obsesivă de a nu i se întâmpla ceva rău mai ales prin participarea sa neglijentă. Nesiguranța privitoare la efectele acțiunii proprii poate condiționa verificări repetate. Cele menționate pot fi câteva aspecte ale trăirilor normale a căror echivalent psihopatologic se întâlneşte şi în sd. obsesiv compulsiv.

Sindromul obsesiv-compulsiv – TOC - se manifestă prin trăiri subiective şi comportamentale neplăcute recurente, involuntare, de care subiectul ar dori să scape şi

împotriva cărora luptă fără succes; se exprimă astfel o egodistonie de fond. Simptomatologia are următoarele caracteristici:

- Trăirile obsesiv-compulsive sunt resimțite ca impunându-se subiectului din interioritatea sa, fără dorința, voința şi acceptul său. Ele nu pot fi îndepărtate sau oprite cu toate eforturile depuse (încercări de ignorare, stopare, îndepărtare). Sunt trăiri scurte, repetitive (recurente), neplăcute (supărătoare, nepotrivite, absurde) care parazitează psihismul, persistând cu tot dezacordul egodiston al subiectului. Ele creează o pronunțată stare de disconfort, repliind subiectul asupra lui însuşi, interferând cu activitățile zilnice şi cu viața socială.

- Obsesiile sunt trăiri subiective (amintiri, gânduri, ruminații, reprezentări, frici, disconfort, intenții de act) care apar spontan; şi deşi sunt criticate nu pot fi îndepărtate. Aşa sunt: sentimentul de contaminare prin microbi sau murdărie, disconfortul creat de dezordine, ideea subiectului că a cauzat un rău cuiva, reprezentări indecente sau inacceptabile, mai ales sexuale în raport cu persoane cunoscute şi percepute, inclusiv față de imaginile sfinte din biserică; intenția de a agresa pe cineva prezent sau a distruge ceva din jur; îndoiala dacă a făcut sau nu un lucru, mai ales reprobabil. Prin ruminații se înțelege preocuparea obsesivă față de idei sau întrebări care nu au răspuns; de exemplu: există viață după moarte? există Dumnezeu?

- compulsiile se referă la acte simple care se repetă fără voia subiectului; mare parte din compulsii sunt corelate cu obsesiile pe care încearcă să le contracareze. Aşa sunt spălatul pe mâini compulsiv, ordonarea compulsivă, verificare repetată, ritualuri "magice" pe care subiectul le efectuează pentru a contracara un eventual rău care s-ar putea întâmpla, pe care l-ar fi putut sau l-ar putea face. Executarea compulsiei reduce pentru moment tensiunea şi disconfortul creat de obsesii sau de starea de tensiune ce-l precedă. Se comenteză şi compulsiile "ascunse", mintale; de exemplu un act mental cum ar fi o rugăciune făcută pentru a contracara ideea de a blasfemia pe Dumnezeu în biserică. Există şi compulsii ce au o legătură mai laxă cu obsesiile ca de exemplu număratul compulsiv (aritmomania), colecționarismul şi unele acte ceremoniale compulsive. Compulsiile se pot corela şi cu mişcări involuntare cum sunt ticurile. Dar există o zonă în care obsesiile şi compulsiile sunt foarte strâns legate în cadrul

fenomenului ce se numeşte “fuziunea act-gândire”; subiectul este aproape convins că actul la care s-a gândit sau pe care şi l-a reprezentat l-a şi făcut efectiv, motiv pentru care efectuează verificări obsesive interminabile.

- Patologia obsesiv-compulsivă e strâns corelată cu nehotărârea, hiperdeliberarea, îndoiala. Deseori e prezentă o preocupare exagerată față de acțiune, față de ordine şi curățenie, perseverență în acțiune (încăpățânarea), perfecționism şi conştiinciozitate (acestea din urmă fiind şi trăsături de personalitate).
- Obsesiile si compulsiile creează o stare de nemulțumire de sine, vinovăție, anxietate, ruşine, egodistonie. De aceea subiectul evită să le comunice altcuiva şi simptomatologia e depistată cu greutate.
- Simptomatologia obsesiv-compulsivă se desfăşoară într-o stare de luciditate cu tendință la autoanaliză, la control exagerat a situațiilor şi la autocontrol exagerat. Obsesiile patologice nu sunt doar simple îngrijorări legate de problemele vieții.
- Atât obsesiile cât si compulsiile sunt resimțite ca produsul propriei minți şi nu impuse din afară ca în simptomele de “inserție a gândirii”.
- Simptomatologia obsesiv-compulsivă poate include unele fobii speciale (fobiile anankaste) deja menționate. Sunt aspecte de obsesionalitate care prezintă unele caracteristici fobice aşa cum ar fi obsesia de contaminare cu microbi, sau fobia de locurile murdare, care sunt evitate şi împotriva cărora se iau măsuri de asigurare. Dar, în esență, patologia obsesiv – compulsivă,care repliază subiectul pe sine, e distinctă de cea fobică care orientează subiectul spre exterior.
- Obsesivul structurează greu prezentul trăit pe care nu-l poate configura din cauza fragmentării trăirii prin obsesii şi compulsii; el îşi poate face proiecte şi planuri dar trece greu la act datorită nehotărârii şi finalizează dificil din cauza perfecționismului şi verificărilor; trecutul îl trăieşte obsesiv, ca o parazitare a prezentului prin reamintiri.
- Relaționarea obsesivului cu alte persoane e dificilă datorită nehotărârii şi ambivalenței, astfel încât preferă să le țină la distanță. Față de sine se raportează printr-o exagerată autoanaliză şi cu exagerat autocontrol, de obicei cu o insuficientă încredere în sine şi nesiguranță.

- Trăirile obsesiv compulsive sunt mari consumatoare de timp. Cel ce suferă astfel de trăiri efectuează mult mai încet actele obişnuite ale vieţii de zi cu zi. Astfel performanţele scad, fiind necesar un mare efort pentru ca obiectivele să fie îndeplinite. Un parametru de evaluare a gravităţii simptomatologiei obsesiv-compulsive este, pe lângă suferinţa subiectivă, gradul de interferenţă cu activitatea zilnică şi efortul necesar pentru asigurarea vieţii curente.
- În sindromul obsesiv-compulsiv se exprimă frecvent o atitudine ostil agresivă involuntară a subiectului faţă de alţii, exprimată mai ales în compulsiile de a face rău, uneori chiar de a omorî, inclusiv propriul copil. E de subliniat poziţionarea obsesivului la un pol opus faţă de trăirile paranoide în care resimte atitudinea ostil agresivă a altora împotriva sa, până la anihilarea propriei persoane.
- Trăirile obsesiv-compulsive – TOC - pot avea variate intensităţi, de la cea foarte puţin exprimată, "subclinică", până la forme extrem de accentuate, "psihotice".

Poate exista comorbiditate între simptomatologia obsesiv – compulsivă şi cea depresivă, anxioasă, (anxietate generalizată, atacuri de panică, fobie socială), impulsivă, delirantă precum şi cu simptomatologia schizofrenă dezorganizantă. În prezent se discută despre „spectrul tulburărilor obsesiv – compulsive" care se întinde în trei direcţii: de la nehotărârea obsesivă spre certitudinea delirantă; de la compulsie spre comportament impulsiv; de la trăire obsesiv – compulsivă spre mişcări involuntare neurologice.

Tradiţional, patologia obsesiv-fobică a fost plasată în grupul tulburărilor anxioase. În raport cu anxietatea generalizată, manifestările TOC transgrevează nivelul situaţional nemijlocit de trăiri manifestându-se în instanţa metareprezentaţională a psihismului, chiar într-o modalitate mai accentuată decât trăirile fobice. La acest nivel TOC se conpenetrează cu sd.abulic, care uremază să fie comentat.

5. Sindromul ticurilor

Ticurile sunt mişcări involuntare care apar brusc, sunt repetitive şi stereotipe dar neritmice; ele se pot manifesta şi ca vocalizări. Ticurile pot cuprinde faţa, părţi ale feţei, trunchiul, etc. Ele sunt simple sau complexe, se repetă de multe ori pe zi, pot fi

favorizate de anumite circumstanțe, creează în mod secundar neplăceri subiectului prin perturbarea activității şi reacția socială față de omul ce le prezintă.

Ticurile mai complexe pot apărea ca fragmente de comportament sau vorbire. În boala Tourette se descriu manifestări coprolalice şi ecolalice. Un tic motor poate fi acela de a atinge anumite obiecte sau anumite persoane în mod repetat, într-o anumită modalitate. S-a descris şi ecopraxia şi atingerea repetată a propriei persoane.

Există o tendință de a împărți ticurile în patru mari grupe: cu simptome pur motorii şi fobice; cu comportament impulsiv (a atinge alte persoane); cu comportament agresiv (a da din picioare, a se manifesta furios, "țâfnos"); "toping and absence of grunting".

Ticurile sunt distincte de tulburarea obsesiv compulsivă putând exista comorbiditate şi chiar fenomene de tranziție. De asemenea, ticurile nu îndeplinesc condițiile comportamentului impulsiv, deşi se apropie de formele simple ale acestuia (tricotilomania, grataj impulsiv). Pot interfera cu sindromul instabilității psihomotorii.

Sindromul ticurilor, în forma sa tipică, apare în perioada copilăriei, ca o tulburare developmentală. Patologia ticurilor se plasează într-o zonă intermediară între psihopatologie şi neuropatologie.

a) Excurs psihologic antropologic. Funcțiile executive.

În momentele mai importante ale vieții omul trebuie să delibereze serios înainte de a lua o decizie, înainte de a se angaja într-o activitate cu consecințe importante pentru alții şi pentru sine, consecințe pe care trebuie să le evalueze de la început prin discernământul său. Comportamentul omului are nu doar cauze ci şi motive, argumente şi justificări, pe care subiectul şi le înfățişează sieşi şi altora. Cu toate influențele ce acționează în permanență asupra individului – din partea situației, memoriei sau altora - în cele din urmă decizia aparține subiectului, care urmează să şi-o asume, el fiind sau resimțindu-se responsabil pentru ceea ce face. Atât în perspectiva deciziei cât şi a executării acțiunii, subiectul dezvoltă imaginar diverse eventualități posibile, inclusiv în ceea ce priveşte organizarea şi etapele comportamentului realizator.

Decizia este un aspect al autonomiei şi independenței persoanei, a identității sale cu sine. După trecerea la act - care şi ea ridică uneori probleme psihopatologice, - pe parcursul desfăşurării acțiunii cu scop subiectul trebuie să fie atent la ceea ce face, să se autocontroleze şi să evalueze mereu etapele pe care le-a parcurs şi le parcurge. El trebuie să facă periodic bilanțuri calculând strategiile ulterioare de acțiune până la finalizare, la capăt evaluând rezultatul şi devenind disponibil pentru alte proiecte.

Acest model schematic al acţiunii cu scop, autoreglat pe parcurs, este modelat de teoria acţiunii şi de cibernetică. Pentru om, în desfăşurarea sa joacă un rol important relaţiile interpersonale, limbajul, actele de limbaj, universul normativ şi valoric, moral, în care el există şi în care se afirmă. Se consideră că fiecare subiect evaluează consecinţele actelor sale pentru sine şi pentru alţii fiind astfel responsabil de comportamentul său.

Funcţiile executive se inseră în situaţie prin nivelul decizional şi al trecerii la act. Dar ele transgresează situaţiile nemijlocite, în plan metareprezentaţional, atât din perspectiva motivaţiei cât mai ales de cea a execuţiei, care se poate extinde pe perioade îndelungate de timp.

Instabilitatea psihomotorie este o expresie a disfuncţiei procesului de investigare, anxietatea – a stării de alertă la stimuli necunoscuţi, fobia – a comportamentului de evitare a pericolelor cunoscute; obsesionalitatea – a deciziei şi executării actelor voluntare. În continuare se vor comenta, în marginea perturbării funcţiilor executive: sindromul abulic, sindromul comportamentului impulsiv, cel al comportamentului iritabil ostil. Unele aspecte ale sindromului de dependenţă, mai ales dependenţa interpersonală, se corelează strâns cu problematica funcţiilor executive. Aceste funcţii se deteriorează şi în sindromul demenţial precum şi în unele aspecte ale psihopatologiei schizofrene.

6. Sindromul abulic; indecizia, hipercontrolul comportamental, problematizarea finalizării

Una din dimensiunile de bază ale psihismului uman a fost considerată de mult timp capacitatea de a se decide şi acţiona, care era comentată sub expresia generică de voinţă.

Decizia, trecerea la act şi persistenţa în acţiune, controlul acesteia precum şi finalizarea se pot desfăşura problematic, deficitar. Se pot întâlni următoarele simptome:

- Indecizia: subiectul se hotărăşte dificil, inclusiv pentru actele minore ale vieţii de zi cu zi; ezită, cântăreşte valoarea eventualităţilor, amână decizia. Uneori poate fi ambitendent: începe o direcţie de acţiune apoi o părăseşte pentru alta, chiar contrarie, pentru ca ulterior să revină. În unele cazuri face multe proiecte de acţiune şi imaginează în detaliu felul în care va realiza lucrurile, dar totul rămâne în plan ideatic. Trecerea la acţiunea propru-zisă, după ce decizia a fost luată, poate fi şi ea dificilă, chiar imposibilă uneori, astfel că subiectul poate rămâne inactiv.

- Autocontrolul exagerat se referă la atenţia crescută faţă de felul în care se desfăşoară acţiunea, cu verificări şi evaluări repetate. Atenţia analitică e crescută şi faţă de situaţia

în care subiectul se află, față de parametrii acesteia, cu dorința de a avea totul sub control. Controlul exagerat exprimă nesiguranța, induce o stare de încordare şi se apropie de anxietate.

- Persistența în desfăşurarea acțiunii până la capăt poate fi deficitară, subiectul părăsind la un moment proiectul, insuficient de justificat. În mod curent se vorbeşte de oameni lipsiți de voință. Uneori subiectul se încăpățânează însă să persiste, chiar cu repetate întreruperi şi reluări, apropiindu-se încet de final. Poate interveni perfecționismul, în sensul că subiectul nu declară lucrul încheiat – deşi practic acesta este finalizat - dorind să-l execute cât mai bine, perfect. Sau, chiar dacă a terminat cele începute are sentimentul straniu al neterminatului. Verificările şi evaluările repetate sunt prezente şi la acest nivel. Încheierea acțiunii lasă un gol psihic interior, cu nevoia de a începe cât mai repede un alt proiect. În intervalul dintre acțiuni mai poate fi prezentă o permanentă astenie, cu sentimentul lipsei de energie, sfârşeală, epuizare, incapacitate de a se mobiliza.

Sindromul abulic aşa cum a fost prezentat mai sus e caracteristic în primul rând patologiei obsesive, mai ales în perspectiva caracterială a acesteia. El este parțial distinct de sd. obsesiv-compulsiv înțeles ca patologie episodică şi care a fost tocmai descris. Se poate însă combina cu acesta, mai ales prin intermediul verificărilor repetate. În sindromul obsesiv-compulsiv standard, verificările sunt mai ales corelate cu ideația obsesivă agresivă, cu gândurile sau intențiile de a face un rău, a încălca o normă, a agresa, a blasfemia, a face un act care indirect poate avea consecințe negative. Sindromul abulic se poate întâlni în afara obsesionalității în clinica depresiei şi a schizofreniei dezorganizant deficitare. În formele grave de schizofrenie, abulicul nu mai face nimic, nu se poate decide să treacă la act, stă şi vegetează tot timpul. În aceste cazuri se combină de obicei cu alte aspecte ale macrosindromului schizo-deficitar, adică cu sindromul apatic, amotivațional, autist.

7. Sindromul comportamentului impulsiv

Comportamentul uman normal presupune deliberare şi argumentare, astfel încât deciziile se iau în funcție de amploarea şi semnificația problemei în cauză, mai repede

sau mai lent, presupunând evaluarea consecinţelor actelor şi implicând libertatea şi responsabilitatea persoanei.

Situaţiile normale, în care decizia este dificilă, mult deliberată şi cea în care ea este luată rapid, fără multe analize, se articulează între ele şi se prelungesc în psihopatologie. Hiperdeliberarea şi indecizia se întâlnesc mai ales în patologia obsesivă – incluzând sd. abulic - iar scurtcircuitarea motivaţională în comportamentul impulsiv şi cel maniacal.

Sindromul psihopatologic al impulsivităţii se caracterizează prin decizie rapidă cu trecere la act fără suficientă deliberare care să evalueze consecinţele actelor pentru sine şi pentru altul; şi/sau prin imposibilitatea subiectului de a se opune pulsiunii ce o resimte.

Decizia e luată în urma unei tensiuni, a unei pulsiuni interne, cu minime solicitări externe; ambianţa furnizează de obicei doar ocazia desfăşurării actului. Totuşi în, anumite împrejurări, subiectul ce se află sub tensiune impulsivă poate să influenţeze el însuşi împrejurările în raport cu care, ulterior, se poate descărca. Pulsiunea spre act e resimţită ca irezistibilă; ea e însoţită de o stare de tensiune, încordare , uneori nelinişte, anxietate. De multe ori subiectul îşi dă seama că actul pe care tinde să-l întreprindă nu e recomandabil sau e nociv, dar lupta cu sine însuşi durează puţin. După care cedează şi se angrenează în comportamentul respectiv.

În timpul comportamentului impulsiv subiectul e complet absorbit de acesta, nu mai reacţionează la stimuli sau argumente exterioare care l-ar putea opri; el se află într-o stare de încordare maximă, de excitaţie.

Actul impulsiv are o finalitate hedonică; desfăşurarea lui şi mai ales rezultatul produc satisfacţie de moment subiectului, îl detensionează, uneori îi produc plăcere; - După ce comportamentul sau ciclul comportamental impulsiv s-a încheiat, subiectul resimte aspectul nefavorabil, de nedorit sau nociv al comportamentului său şi trăieşte sentimente de nemulţumire, vinovăţie, ruşine, dezaprobare; El proiectează în viitor renunţarea la un astfel de comportament. Dar după o perioadă de timp, ciclul se reia.

Caracterizarea de mai sus se aplică, în mare măsură tuturor comportamentelor impulsive, cu particularități de la caz la caz. Aspectul specific constă în pierderea autocontrolului asupra comportamentului şi a libertății de acțiune.

Patologia autocontrolului impulsurilor constă din trăiri secvențiale, unele din acestea fiind scurte ca durată, altele având o desfăşurare mai amplă. Aceste comportamente se repetă la anumite intervale de timp. În acest sens fenomenul se aseamănă până la un punct cu tulburarea obsesiv-compulsivă. Pe de altă parte, patologia comportamentului impulsiv are o intersecție semnificativă cu unele forme ale sindromului addictiv, exemplul clasic fiind cel al jocului patologic de noroc.

Comportamentele impulsive sunt foarte variate. Ele pot fi împărțite în mai multe clase, în funcție de diverse criterii, cum ar fi: complexitatea, obiectul de raportare (la sine, la alte persoane, la lumea fizică),sau durata desfăşurării.

Câteva grupe clasice sunt:

- Comportamentul impulsiv simplu al tricotilomaniei (smulgerea firelor de păr); în aceeaşi clasă intră zdrobirea coşurilor de pe față, gratajul patologic, roaderea unghiilor.
- Compulsii instinctive: Bulimia se referă la consumul irezistibil al unei mari cantități de alimente în interval scurt de timp. Masturbarea patologică se apropie de această clasă, fenomenul fiind în parte impulsiv în parte compulsiv, în sensul declanşării printr-o tensiune obsesivă şi în urma unei perioade de luptă interioară. Alte comportamente sexuale aberante se pot desfăşura după acelaşi model. Comportamentul heterosexual impulsiv de tip viol e mai frecvent la persoane disarmonice de tip antisocial (psihopate).
- Cleptomania constă din însuşirea impulsivă a unor bunuri de care pacientul nu are nevoie şi nu le utilizează;
- Piromania se refera la incendierea impulsivă lipsită de un obiectiv pragmatic;
- Dipsomania defineşte consumul periodic impulsiv de băuturi alcoolizate, care odată declanşat (uneori după o scurtă luptă interioară) durează câteva zile, urmat de o perioadă de abstinență;
- Jocul impulsiv de noroc se desfăşoară după toate regulile unui comportament impulsiv; el poate avea aspecte variate şi se poate repeta după anumite intervale. În

unele cazuri este interpretabil şi ca o addicţie comportamentală. Cumpăratul impulsiv se plasează în aceeaşi subclasă; dar se cere exclusă o stare hipomaniacală;

- Comportamentul exploziv sau impulsivitatea heteroagresivă este de obicei declanşată de evenimente ce nu sunt evaluate suficient sau sunt interpretate deformat de subiect. El se corelează cu o dispoziţie afectivă instabil agresivă.
- Comportamentul interpersonal impulsiv cu diverse modele de raportare se întâlneşte la persoanele dizarmonice de tip borderline (cu treceri frecvente de la heteroagresivitate la submisiune şi autoagresivitate).
- Comportamentul parasuicidar sau suicidar impulsiv, la fel ca heteroagresivitatea impulsivă, este declanşat de evenimente minime la persoane disarmonoice sau/şi care se află într-o perioadă de viaţă specială.

Situaţiile de comportament impulsiv menţionate mai sus se diferenţiază, aşa cum deja s-a menţionat, prin complexitate, durată şi mod de instalare. În unele comportamente impulsiv agresive există un fond de dispoziţie instabilă şi factori declanşatori, chiar dacă sunt minimi, iar perioada de deliberare este foarte scurtă. În bulimie sau dipsomanie impulsul se poate naşte endogen, iar perioada de luptă cu acesta redusă. Piromania poate avea o perioadă mai lungă de elaborare şi deliberare. Cleptomania poate fi favorizată de circumstanţă, de ocazie (prezenţa într-un magazin, într-un loc în care sunt lucruri interesante). La fel, cumpăratul impulsiv patologic poate fi influenţat de ocazii, reclame, disponibilitate financiară. În comportamentul heterosexual impulsiv poate interveni destul de mult atracţia situaţională, chiar seducţia. În ansamblu, patologia impulsivă a insuficienţei autocontrolului în decizie şi trecere la act este mai influenţată de ambianţa decât patologia obsesiv-compulsivă, stimularea, şansa şi seducţia jucând un rol important. Ritmul de desfăşurare este de asemenea diferit de cel din cazul sindromului obsesiv-compulsiv.

8. Sindromul de dependenţă, addicţie

Viaţa şi sănătatea omului depinde de multe aporturi exterioare şi variate comportamente personale fără de care nu ar fi posibilă. Astfel e aportul de alimente – uneori şi de medicamente - sau comportamentul de autoîngrijire şi muncă.

În stări psihopatologice subiectul ajunge în mod exagerat dependent de unele aporturi de substanţe şi modele comportamentale care nu mai sunt adaptative şi sanogenetice ci nocive, pe termen scurt şi/sau lung. Dependența nu poate fi controlată şi combătută fără sprijin

Addicția ca sindrom psihopatologic e comentată în două mari direcții: - în legătură cu consumul de alcool şi alte substanțe psihoactive mai mult sau mai puțin licite; şi - în direcția unor addicții comportamentale. Există şi o dependență anormală, psihopatologică de alte persoane, care se desfăşoară predominent în planul tulburării de personalitate. Addicția de alcool care a fost studiată cel mai mult, poate fi luată ca model în comentariul caracterizant. Ea se manifestă prin:

- Consum continuu, care tinde să devină zilnic, în cantități nocive;
- Consum neadecvat – ca loc, moment, stil – subiectul pierzând autocontrolul consumului atât în ceea ce priveşte cantitățile cât şi stilul (îşi „pierde libertatea" în raport cu consumul);
- Tendința la creştere a dozelor, prin scăderea toleranței, cu nevoia uno doze mai mari pentru a obține acelaş efect;
- Consumul este nociv pe termen scurt şi/sau lung prin efectele biologice şi/sau prin cele psihice şi sociale; deşi ajunge să cunoască nocivitatea subiectul nu se abține;
- Consumul răspunde unei nevoi psihologice pe care subiectul o resimte în absență aportului – tensiune, anxietate, iritare, depresie –, putându-se ajunge la nevoie irezistibilă de consum imediat şi în cantități patologice;
- Consumul modifică starea biologică şi psihică, reducând starea neplăcută inițială, conducând de obicei la satisfacție şi plăcere de moment; dar în absența substanței starea subiectivă de rău reapare, accentuat;
- Starea psihică modificată prin consum nu e adaptativă; apar modificări ale funcțiilor psihice – cognitive, instinctive, afective, comportamentale – perturbări în comportamentul interpersonal care sunt dezadaptative. De obicei se instalează şi o detaşare de ambianță, de realitate, cu trăire într-o lume proprie;
- În cursul consumului pot apărea stări psihopatologice descrise în sindroamele standard: delirium, anxietate, delir, halucinații;

- Oprirea consumului induce o stare de sevraj caracterizată prin:

  - stare subiectivă neplăcută cu anxietate, depresie, iritare, tensiune, neliniște, agitație, insomnie, nevoie irezistibilă de consum;
  - uneori pot apărea în sevraj şi tulburări psihice grave, psihotice ca: delirium, halucinații, delir, agitație;
  - prezența unei stări biologice alterate cu disfuncții cardio-circulatorii, respiratorii, deshidratare, tremor, fenomene neurologice (crize comițiale, etc).

- după starea de sevraj, dacă aceasta e depăşită, sau dacă abstinența e doar circumstanțială, subiectul poate rămâne mult timp, cu o vulnerabilitate crescută, astfel încât se poate ajunge din nou uşor la consum şi dependență cu ocazia unor mici stresuri sau după consum incidental.

Dependența de alcool şi substanțe psihoactive poate conduce la multe complicații somatice ca urmare a modalității neadecvate de administrare (injecții în cazul drogurilor), a efectului nociv direct al substanțelor asupra organismului şi a stilului de viață (subalimentație, promiscuitate). Pot coexista variate comorbidități psihopatologice atât precedând addicția cât şi ca o consecință a ei.

- Pe lângă addicția de substanțe psihoactive se studiază tot mai mult addicția comportamentală. Se comentează: - addicția de muncă, fenomen descris inițial în Japonia; - addicția de privit la TV şi mai recent preocuparea addictivă față de internet, cu consecințe nefavorabile asupra dezvoltării psihice şi integrării în societate. În ultimul timp se comentează în termeni de addicție mare parte din comportamentele ce devin prea frecvente, intense şi sunt disfuncționale (ex: addicția de jogging). La acest nivel se cere analizată tranziția dinspre „pasiunile" şi „hobby-urile" obişnuite ale oamenilor şi addicție.

Un fenomen clasic este addicția de jocuri de noroc fenomen care este şi un comportament impulsiv. În acelaşi sens se comentează comportamentul cumpărăturilor psihologice. Interrelația între comportamentul impulsiv în general şi adddicția favorizată de acest comportament se cere analizată la fiecare tip de patologie şi la fiecare caz.

- Dependența interpersonală care se manifestă cel mai evident la tulburarea de personalitate dependentă, poate să se exprime şi circumstanțial, episodic.

9. Sindromul depresiei inhibate. Macrosindromul depresiv

Depresia patologică are ca echivalent în normalitate tristețea ce apare ca urmare a oricărei pierderi; sau, în perioada unor importante epuizări sau bilanțuri de refacere, existențiale. În psihopatologie depresia se diferențiază de tristețe nu doar prin împrejurările de apariție şi prin intensitate ci şi prin unele calități ale trăirii şi manifestării psihocorporale.

Depresia psihopatologică are multe forme de manifestare. Ca „sindrom standard" în continuare se va lua în considerare depresia inhibată. Aceasta poate fi caracterizată pe scurt prin: dispoziție tristă, anergie, lipsă de speranță, autodepreciere, ideație suicidară, retragere socială, inhibiție şi bradipsihie generalizată. În continuare se va prezenta o descriere detaliată a depresiei inhibate.

Din punct de vedere subiectiv individul trăieşte:

- Dispoziția depresivă, tristă, cu o calitate deosebită față de tristețea normală, uneori cu dificultate sau incapacitate de a plânge; lipsă de speranță: viitorul nu are sens, nu există sau nu aduce nimic bun pentru subiect şi ceilalți; se poate ajunge la sentimentul de ruină sau catastrofă generală, inevitabilă; viața, existența în ansamblu nu mai are sens, e resimțită ca o povară insuportabilă; anhedonie, incapacitate de a se bucura de ceva, de lucruri care înainte îi făceau subiectului plăcere; dezinteres față de ambianță, față de evenimente şi persoane; reducerea sau absența oricărei dorințe, intenții, preocupări, interese; reducerea sau absența proiectelor de acțiune, a planurilor de viitor; lipsă de energie, oboseală (astenie), sentiment de incapacitate, de neputință; nehotărâre, dificultate sau incapacitate de a se mobiliza pentru a acționa sau a persista în acțiune; senzații corporale neplăcute, corpul e resimțit greu, apăsător, cenestopatii, algii; preocupări hipocondriace față de boli grave, incurabile; trăiri de depersonalizare, devitalizare (îmbătrânire corporală).
- În perspectiva timpului trăit subiectul nu mai are încredere în viitor, e lipsit de speranță, pesimist; prezentul nu-l interesează, e detaşat de el; depresivul se repliază pe

trecut din care selecționează evenimente negative, de care se preocupă monotematic; are sentimentul scurgerii lente a timpului.

- Față de sine manifestă neîncredere, autodepreciere, se simte incapabil, inutil, fără valoare, are o stimă de sine scăzută, consideră că e o povară față de alții, se consideră vinovat din motive minore sau fără motiv.
- În raport cu alții depresivul e retras, detaşat social, nu e atent la alte persoane decât cu gândul că e posibil să fie vinovat față de acestea sau că alții au dreptul să-l judece, să-l disprețuiască şi sa-l condamne.
- Sentimentul de vină, lipsă de speranță şi ansamblul trăirilor negative pot să-l conducă la concluzia că nu merită să mai trăiască; apare ideea că moartea e preferabilă, chiar dorită, apar idei suicidare, planuri şi tentative de suicid.

Din punct de vedere al performanțelor cognitive: Atenția e deficitară ca şi concentrare, persistență, mobilitate, volum; percepția e diminuată, obiectele şi ambianța sunt percepute fără pregnanță şi detalii, în culori cenuşii; hipomnezie de fixare şi concentrare; ideație redusă cantitativ, lentoare a cursului ideativ, gândire ineficientă, stereotipă cu revenirea la aceleaşi teme; decizie intelectuală dificilă; rezolvarea de probleme e înceată şi neproductivă.

Din punct de vedere comportamental şi expresiv: Mişcările sunt lente şi reduse cantitativ; se poate ajunge la inhibiție motorie cu nemişcare şi opozitivitate (stupor); reducere globală a activității şi performanțelor; reducere a contactelor sociale, retragere socială, comunicări interpersonal sociale reduse; vorbire redusă cantitativ, scurtă, lentă, cu intensitate scăzută, se poate ajunge la mutism; reacționează încet, tardiv şi scurt sau deloc la solicitări de orice fel; decizie dificilă, trecere la act e lentă se realizează cu dificultate, abulie; reducerea şi neglijarea activităților de autoîngrijire, de gospodărire, cu neglijarea de sine şi a obligațiilor familiale; expresivitate specifică cu repliere corporală, mers aplecat, capul în piept, privire în jos, comisurile gurii căzute, fruntea încrețită ca "omega", mâinile în piept; comportament suicidar.

Din punct de vedere bio-instinctiv şi corporal: Reducerea somnului cu insomnie predominant matinală (numărul de ore cu care se trezeşte mai devreme poate fi un indicator de gravitate);modificare de bioritm cu rău matinal; inapetență cu scădere în

greutate progresivă şi marcată, aceasta poate fi un indicator de gravitate a depresiei; se poate ajunge la refuz alimentar; spasme pe organele cavitare: constipaţie, crize biliare, favorizarea migrenelor şi crizelor de astm bronşic; cenestopatii, algii (scăderea pragului de sensibilitate la durere, durerea subclinică devine clinică); scăderea imunităţii; scăderea ritmului de refacere biologică.

În unele forme particulare de depresie insomnia e înlocuită de hipersomnie, iar inapetenţa de hiperfagie şi îngrăşare.

Simptomatologia depresivă poate fi modificată de comorbiditatea cu alte sindroame standard. Asocierea cea mai frecventă este cu anxietatea generalizată. În depresia anxioasă tabloul e parţial diferit de cel configurat mai sus atât din punct de vedere subiectiv (tensiune interioară, nelinişte, nesiguranţă) cât şi comportamental (comportament neliniştit, cu mişcări permanente) şi disvegetozic (cu alte manifestări de disfuncţie corporală). Tristeţea depresivă se poate asocia şi cu iritabilitatea. Pe fond depresiv pot apărea atacuri de panică.

Componentele cognitive ale sindromului depresiv se cer diferenţiate, mai ales la vârsta a treia, de deteriorările cognitive organice.

Sindromul depresiv poate apare în combinaţie cu oricare alte sindroame psihopatologice standard, depresia fiind cel mai răspândit sindrom din psihopatologie. El poate avea diverse intensităţi, durate şi condiţionări. Formele uşoare, subclinice pot fi deseori mascate de simptomele somatice sau de addicţia de substanţe (“depresie mascată”).

Sindromul depresiv poate fi luat ca exemplu pentru felul în care sunt construite criteriile de diagnostic. Acestea sunt mult mai reduse decât multitudinea de simptome menţionate mai sus aşa cum rezultă din criteriile prezentate în DSM-IV-R.

Criteriile de diagnostic DSM-IV TR pentru depresie:

1. dispoziţie depresivă, indicată subiectiv sau obiectiv (sau dispoziţie iritabilă)
2. o pronunţată diminuare a interesului sau a plăcerii în ceea ce priveşte toate sau aproape toate activităţile
3. o semnificativă scădere în greutate în lipsa unei cure de slăbire (mai mult de 5% din greutatea corporală / lună) sau scădere/creştere a apetitului

4. insomnii/ hipersomnie
5. agitație psihomotorie sau lentoare psihomotorie (observate şi de către alții, nu doar senzația subiectivă)
6. fatigabilitate, energie vitală scăzută
7. idei de inutilitate sau vinovăție (până la delir)
8. dificultatea de a gândi sau de concentrare a atenției, indecizie (subiectivă, obiectivă)
9. gânduri recurente despre moarte (nu doar frica de a muri), idei recurente suicidare fără un plan specific.

În depresie se utilizează frecvent scale de evaluare cantitative care au fost amintite la sindromul anxios. Din multitudinea de simptome, scalele selecționează câteva, considerate semnificative. Astfel de exemplu scala de evaluare cantitativă a depresiei Hamilton HAMD cu 17 itemi, care se referă şi la depresia anxioasă, cuprinde următorii itemi care se evaluează pentru ultima săptămână, cu 5 valori, între absent şi extrem : 1. Dispoziția depresivă (tristețe, neajutorare, fără valoare) ; 2. Sentiment de vinovăție ; 3. Idei de suicid ; 4. Insomnia de adormire ; 5. Insomnia din mijlocul nopții ; 6. Insomnia de trezire ; 7. Munca şi activitatea (reducerea acestora) ; 8. Lentoare (încetinirea gândirii şi a vorbirii, afectarea abilității de a se concentra, scăderea activității motorii) ; 9. Agitația ; 10. Anxietatea psihică ; 11. Anxietatea somatică ; 12. Simptome gastrointestinale ;13. Simptome generale somatice ; 14. Simptome genitale ; 15. Hipocondrie ; 16. Pierderea în greutate ; 17. Conştiința bolii.

10. Sindromul maniacal

În normalitate mania are corespondent în stările de expansivitate, însoțite de energie crescută, curaj şi performanțe pozitive, realizate fără oboseală, mai ales dacă sunt însoțite şi de hipersociabilitate gregară cu dezinhibiție sexuală. Sugestivă este şi euforia sărbătorească, cea cultivată de marile sărbători populare, dar şi cea consecutivă unui succes, când subiectul e mulțumit, bine dispus, prezintă o veselie contaminantă, cu deschidere optimistă şi superficială spre viitor.

În ansamblu sd. maniacal se caracterizează prin: dispoziție afectivă pozitivă, energie şi activitate crescută, optimism, buna încredere în sine şi viitor, lipsa reticenței, tahipsihie, dezinhibiție generalizată.

Simptomalogia poate fi împărțită, la fel ca în cazul sd. depresiv şi anxios în mai multe clase.

Din punct de subiectiv se constată:

Dispoziție afectivă pozitivă, euforică, veselie ce se transmite celor din jur şi pe care nimic nu o poate schimba; de obicei subiectul îşi apreciază starea subiectivă la superlativ: "mă simt foarte bine", "sunt fericit". Alteori poate fi prezentă o stare de tensiune, de iritare; optimism, încredere în viitor. Maniacalul are multe proiecte, planuri, fiind convins că le poate realiza; orice îi apare uşor, simplu de rezolvat, nu problematizează prezentul şi viitorul.

În perspectiva timpului trăit subiectul trăieşte într-un prezent deschis, spre un viitor optimist, în care totul va fi bine şi se poate realiza orice; resimte sentimentul scurgerii rapide a timpului.

Părerea despre sine este bună; simte că are energie, forță; nu e obosit deşi doarme puțin; sentiment de capacități şi abilități crescute; are încredere în sine, în propriile capacități; stimă de sine crescută, se simte valoros, important; grandiozitate.

Celelalte persoane îl interesează puțin în detaliul vieții lor, considerându-se superior altora; e deschis în relații şi comunicare cu oricine, fără diferențiere; poate fi convins că alții ar putea (trebui) să-l admire, să-l invidieze; nu se preocupă de consecințele actelor sale pentru alții.

Din punct de vedere cognitiv se întâlneşte:

Vigilitate crescută; atenție hipermobilă, cu mari dificultăți de concentrare şi persistență; percepție intensificată: percepe realitatea din jur cu multe detalii, imaginile sunt colorate; memoria e bună, dar de obicei nefuncțională din cauza derulării rapide a cursului ideativ; presiune a gândirii; ideație rapidă cu schimbare bruscă a ideilor şi cursului gândirii; fugă de idei (asociații ideative rapide, imediate dar superficiale, prin asonață); sare de la o idee la alta. Conținutul ideatic e consonant în buna părere despre sine şi cu optimismul pacientului.

Din punct de vedere comportamental şi expresiv, maniacalul este dezinhibat psihomotor:

- Se mişcă mult şi cu o viteză crescută; vorbeşte mult şi repede; este sociabil; realizează uşor, spontan, rapid, contacte interpersonale; transmite altora bună dispoziție (îi contaminează cu veselie); este lipsit de reticență, ce gândeşte spune imediat fără a fi inhibat de norme şi reguli sociale.
- Decizia este rapidă cu scurtcircuitarea motivației, subiectul trece repede la act fără deliberare; nu persistă în acțiune schimbându-şi frecvent obiectivele. Este dezinhibat. Se angajează în mai multe activități, chiar dacă acestea sunt dificil de realizat, cu convingerea că le va putea duce la bun sfârşit. În faza incipientă, (a stării hipomaniacale) subiectul poate avea inițial un randament crescut; dar ulterior nu mai persevereză în cele începute. Se poate angaja în acțiuni riscante, uneori iresponsabile, pentru sine şi pentru alții. Are predispoziția de a cheltui necontrolat mulți bani pentru cumpărături, jocuri de noroc, etc.
- Expresiv, este adesea extravagant, strident în ținută, îmbrăcăminte, podoabe. Uneori e neglijent în îmbrăcăminte. Se poate dezbrăca de haine fără pudoare. Faciesul exprimă buna dispoziție, cu privirea ancorată în realitatea imediată, pe care o observă cu acuitate (uneori făcând observații surprinzătoare). Vorbeşte repede, mult, deseori necenzurat, fără ruşine, coprolalic; poate recita poezii, cânta, improvizează cu uşurință. Gestica e expansivă cu mişcări largi. Se poate angaja în dans sau comportamente extravagante; râde uşor şi mult.

Din punct de vedere biologic, corporal se constată:

Somn redus, dar fără oboseală şi cu energie fizică crescută; creşterea performanțelor fizice; dezinhibiție sexuală, creşterea libidoului şi a performanțelor sexuale cu pierderea pudorii (până la exhibiționism); alimentarea poate fi normală sau crescută, fără creştere în greutate datorită catabolismului crescut; agresivitate crescută, predominant verbală.

Sindromul maniacal poate avea diverse intensități.

În faza incipientă, uşoară, unele performanțe pot fi crescute iar prezența socială plăcută. Odată cu accentuarea sindromului apar comportamente deviante: cheltuirea

exagerată de bani, începerea multor proiecte pe care subiectul nu le finalizează, infidelitate sexuală, comportamente riscante.

Forma clinică descrisă în caracterizarea sd. maniacal standard poate fi predominent euforică sau iritabilă. Formele accentuate se însoțesc de agitație, comportament riscant şi perturbator social, confuzie, delir halucinator.

În clinica psihiatrică sd. maniacal e caracteristic tulburării bipolare; dar poate fi comorbid cu majoritatea entităților clinice.

*

* *

*b) Excurs psihologic antropologic. Dispozițiile afective**

Stări psihice aşa cum sunt anxietatea, depresia, evaluarea poziției subiectului într-o situație dată ; şi în acelaşi timp modul său de raportare generală la lume şi la alții. Similare sunt şi dispozițiile iritabil ostile şi indiferent apatice. Această poziționare atitudinală, trăită subiectiv şi manifestată situațional, nu implică explicit prin ea însăşi logosul, formularea discursivă şi nivelul cognitiv al judecării evaluative al preocupării tematice, al convingerii într-o anumită idee. Depresivul se poziționează astfel încât atitudinea față de sine e nefavorabilă, lumea îi apare fără rost, alții contează doar pentru a-l condamna, pe drept. În măsura în care această atitudine e conceptualizată, face obiectul unei judecări evolutive ce ajunge la o concluzie, e verbalizată, tematizată ca o convingere într-o idee ce poate fi formulată în limbaj, se ajunge la delirul de vinovăție. În euforia maniacală părerea despre sine e bună, lumea şi alții apar la dispoziția subiectului. Conceptualizarea şi tematizarea acestei stări sub forma unei idei aberante formulabilă în limbaj, ne plasează în zona delirului.

La nivelul dispozițiilor afective, relaționarea interpersonală e la un nivel superficial. Raportările mai diferențiate ca dominația, supunerea, manipularea, captația, se desfăşoară ca stil de raportare la alții a celor cu tulburări de personalitate.

11. Sindromul dispoziției iritabile ostile

În cursul vieții omul e deseori "nervos", iritabil, manifestând o tensiune agresivă față de lumea din jur. În aceste împrejurări el reacționează la evenimente neplăcute în mod agresiv. E susceptibil în relațiile cu alții simțindu-se uşor provocat şi manifestându-se ostil. Aceste trăiri pot aluneca spre variante psihopatologice.

* A se vedea Anexa II

- Disforia constă într-o stare de permanentă tensiune iritabilă. Subiectul e lipsit de calm, "nervos", e nerăbdător, iritat de orice detaliu care nu corespunde dorinței sale imediate, nemulțumit dacă nu i se satisfac pe loc pretențiile. Reacțiile sale au o caracteristică agresivă, verbală, atitudinală sau fizică. În psihopatologie disforia se poate manifesta ca atare, corelată cu o dispoziție afectivă neutră, dar cel mai adesea în combinație cu una anxioasă, depresivă sau maniacală.
- Ostilitatea patologică se manifestă printr-o opozitivitate tensionantă, agresivă față de celelalte persoane. Acestea sunt ținute la distanță psihologică, contrazise, amenințate, se află în iminența unui atac.

Atitudinea disforic ostilă poate fi conjuncturală, situațională. În psihopatologie ea se manifestă de obicei prin perioade sau episoade în timpul cărora sunt prezente şi reacții explozive, care pot avea intensitate clastică sau implicații medico-legale.

Atitudinea disforic ostilă se corelează deseori şi cu suspiciunea, care în variante psihopatologice poate avea aspectul paranoidiei.

Datorită complexității reduse şi a combinării frecvente cu alte sindroame, sd. dispoziției iritabil ostile ar putea fi calificat ca un subsindrom. Prezentarea sa separată e făcută din motive teoretice, deoarece se referă în principiu la alt tip de dispoziție afectivă decât cea anxioasă, depresivă, euforic maniacală sau indiferent apatică, originându-se în raportarea agresivă față de lume, față de alții, la un pol opus în raport cu deschiderea "agreabilă" spre comunicare şi cooperare.

12. Sindromul apatic

Atitudinea şi reactivitatea față de evenimente se poate manifesta în unele situații sub forma indiferenței. Indiferența poate marca şi raportarea persoanei față de sine şi alții, ca o variantă de atitudine şi dispoziție afectivă. Atunci când e indiferent față de altul, subiectul nu e impresionat de suferința acestuia, nu rezonează afectiv.

Indiferența accentuată şi neargumentată față de lume şi alții stă la baza sindromului apatic care se caracterizează prin:

- Deficit de emotivitate, de reacție afectivă adecvată față de toate evenimentele semnificative, mai ales în relațiile interpersonal sociale. Lipseşte emoția socială ce apare

la contactul cu persoane noi, necunoscute; şi mai ales în situațiile de manifestare performantă în fața acestora, fapt pe care-l trăiesc neplăcut cei cu anxietate socială. Subiectul e indiferent față de succes şi eşec, față de laudă sau blam.

- Deficit important în relația de ataşament, cea care stă la baza legăturilor interpersonale intime şi susține rezonarea afectivă din dragoste, prietenie, ură. Apaticul are față de toată lumea o atitudine distantă, neutră, indiferentă. Se vorbeşte de "răceală afectivă", sărăcie afectivă, iar în unele cazuri de "pustiire afectivă", "tocire afectivă". Atitudinea față de sine poate fi şi ea intens indiferentă, cu neglijarea autoîngrijirii. Dar alteori ea se păstrează, cu urmărirea egoistă a unor interese sau plăceri hedonice.

Sindromul apatic se întâlneşte în schizofrenia deficitară, dar şi în tulburarea schizotipală, la tulburarea de personalitate schizoidă şi la alte personalități patologice.

Sindromul apatic prin complexitatea sa redusă şi particularitățile sale ar putea fi considerat şi el un subsindrom. Este menționat la acest nivel tot din considerente teoretice, indiferența fiind o dispoziție afectivă distinctă de celelalte, de exemplu de euforie, depresie, anxietate. Ea are o poziționare mai aparte şi prin faptul că nu se poate dezvolta tematic ca delir, aşa cum se întâmplă frecvent în cazul depresiei, maniei şi chiar a anxietății suspicioase.

c) Excurs psihologic antropologic. Corporalitatea trăită

Corpul este suportul existenței biologice şi antropologice a persoanei. El este instanța ce se poate îmbolnăvi somatic, dar şi suportul identității persoanei, toposul de înrădăcinare a sinelui, a tuturor nivelelor sinelui şi persoanei conştiente. Corpul propriu este locul din care emerg inițiativele, acțiunile omului şi cel în care este resimțit ca fiind localizat sufletul, mintea personală, distinctă de mintea celorlalți. Corporalitatea este trăită de orice om ca o parte importantă a propriei personalități, a propriului sine. Psihologia şi psihopatologia acceptă, în perspectivă antropologică, conceptul de "persoană corporală", sau de instanța corporală a sinelui trăit, de "corp trăit" (exprimat prin "leib" în germană, "lived body" în engleză, cu echivalent posibil de "trup" în românește). În mod normal omul nu-şi resimte în mod conştient corporalitatea cea mai mare parte a timpului, deşi el reprezintă o constanță perceptivă. Corpul este perceput doar în oboseală, emoții, oscilații instinctive şi boli. Pe de altă parte subiectul îşi resimte şi percepe preconştient corporalitatea în permanență ca bază a identității cu sine, ca sediu al propriului psihism subiectiv, zona din care emerg toate intenționalitățile sale; şi la fel ca instrument bazal, ultim, pentru acțiune şi comunicare pentru orice manifestare situațională.. De aceea există o continuă preocupare preconştientă pentru buna funcționare şi apariție a acestei instanțe a persoanei.

Preocuparea pentru sănătatea corporală este o dimensiune importantă şi constantă a existenţei umane. Resimţirea unor senzaţii corporale neplăcute şi neobişnuite alertează subiectul în direcţia unei posibile boli, preocupare care în variantă psihopatologică conduce la sindromul hipocondriac şi alte sindroame somatoforme.

Preocuparea preconştientă constantă a subiectului pentru apariţia sa corporală în raportarea faţă de alte persoane, este şi ea o dimensiune importantă şi constantă a omului. Ea se poate manifesta psihopatologic prin sindromul relaţional dismorfofobic, ce constă în sentimentul subiectului că este în atenţia altora care-l evaluează negativ.

Deoarece corporalitatea este nu doar punctul de plecare şi baza practicării limbajului vorbit şi scris ci există şi un limbaj expresiv corporal direct, pe care omul îl moşteneşte din biologie unde joacă un rol important în atracţia sexuală şi comunicarea intraspecifică, există la oameni şi o preocupare de a atrage atenţia altora asupra sa, prin manifestări corporal expresive, de a se valoriza pe această cale. În combinare cu preocuparea faţă de sănătatea corporală, la acest nivel se manifestă fenomenele conversive.

13. Grupajul sindromatic somatoform. Disfuncţiile preocupării pentru sănătatea corporală

În acest cadru se reunesc un grupaj de sindroame şi anume:

- **Sindromul hipocondriac** constă într-o preocupare exagerată, prevalentă, centrată de o idee supraevaluată privitoare la existența unei boli somatice, fapt ce motivează repetate şi variate solicitări de examinare medicală, analize, formulări de diagnostic, încercări terapeutice. Totul se desfăşoară în absența unei boli somatice reale. Subiectul are însă o referință permanentă la trupul său, caută să clarifice dacă nu e afectat un anumit organ sau dacă nu suferă de anumite boli. De aceea e deosebit de atent la funcționarea corporală şi interpretează exagerat, distorsionat, orice semn minor trupesc şi orice analiză aflată la limită.

Hipocondria este un derivat psihopatologic al preocupării normale şi adaptative pentru sănătate. Aspectul central al sindromului constă în faptul că propriul corp nu mai e trăit spontan, ca un implicat al vieții fireşti căruia nu-i acordăm atenție ci devine un obiect, o temă de preocupare. Preocuparea hipocondriacă, ca temă, poate fi prezentă şi în anxietate, fobie, obsesie, depresie sau să capete intensitate delirantă.

- **Sindromul de somatizare** Subiectul trăieşte senzații neplăcute (cenestopatii) localizate în anumite părți ale corpului: precordial, epigastric, toracic, lombar, în membre. Acestea pot fi resimțite constant în aceiaşi zonă, pot fi migratorii sau sunt

resimțite în întregul corp. Ele sunt descrise variabil ca arsură, apăsare, tensiune, furnicături, etc şi deranjează subiectul. Investigările medicale nu identifică o boală organică precizabilă dar pacientul se adresează insistent altor persoane şi specialiştilor pentru aceste suferințe solicitând tratament. Uneori manifestările sale sunt hiperexpresive şi descrierile făcute într-un limbaj colorat. Corporalitatea e resimțită neplăcut şi în anxietate şi depresie.

- **Sindromul algiei psihogene** se referă la o durere localizată (abdominal, lombar, toracic) care e descrisă cu toate caracteristicile medicale ale durerii dar căreia medicii nu îi găsesc un substrat organic. Durerea, ca simptom subiectiv, nu poate fi evaluată cantitativ de examinator. Dar trăirea şi afirmarea ei e un argument important în preocupările pentru sănătatea corporală a pacientului.

Cenestopatiile şi durerile sunt resimțite subiectiv de pacient ca probleme de sănătate, iar adresarea către medic este făcută, la fel ca în hipocondrie, verbal. În sindromul conversiv adresarea se bazează în mare măsură pe expresivitatea corporală.

- **Sindromul de conversie somatică** constă din manifestări corporale vizibile, care sugerează o patologie somatică, deobicei neurologică; dar care nu au un substrat organic şi apar în condiții care sugerează o condiționare psihogenă. Se descriu:

- Conversia corporală cu paralizii şi pareze. Acestea se manifestă la membrele superioare sau la cele inferioare, uneori mimează o hemipareză sau astazo-abazie. Mai poate apărea o afonie care mai durează zile sau săptămâni.
- Mişcări involuntare de tip coreo-atetozic, parkinsonean, tremor generalizat, etc.
- Leşinul psihogen, care mimează o criză comițială; dar se diferențiază de acesta prin faptul că: - se produce în prezența altor persoane; - nu apar brusc, uneori subiectul anunțând anturajul că va cădea şi îşi va pierde cunoştința; - căzând, el nu se loveşte, nu-şi muşcă limba; - chiar dacă mimează mişcări tonico-clonice nu prezintă midriază, clonus, sau semnul Babinski, durează mai mult (uneori mai multe ore); - se menține o anumită legătură cu ambianța, la "trezire" din "leşin" deseori subiectul plânge.
- Manifestări senzitiv-senzoriale care sugerează diverse boli neurologice, anestezii, care nu respectă zona de inervație a nervilor, lipsa vederii, a auzului.

- Se mai descriu în acest cadru: pseudosarcină, vărsături, pseudocrize de astm bronşic. Poate exista o tranziție spre fenomene psihosomatice.

Preocuparea față de sănătatea corporală orientează persoana spre consult şi îngrijire medicală. În psihopatologie se descriu şi sindroame care constau în adoptarea statului şi rolului de pacient cu suferințe somatice, aşa cum e sindromul Münchausen, sau de bolnav mental grav, aşa cum e sindromul Cotard. Acestea depăşesc cadrul prezentei decupări sindromologice. La fel convingerea în "posesiunea" sau "locuirea" propriului corp de alte ființe – animale, ființe supranaturale, etc – se plasează în alt cadru sindromatic, deobicei în cel al delirului corelat dedublării depersonalizante.

14. Sindromul dismorfic. Disfuncția preocupării pentru apariția corporală

În cadrul raportărilor interpersonal sociale persoana foloseşte pentru comunicare şi expresivitatea sa corporală. Aceasta constă în limbajul mimico-gestual care e utilizat situațional. Dar sunt expresive şi îmbrăcămintea, podoabele, sau aspectul general al corpului şi mai ales a feței, al extremității cefalice. Prin limbajul expresiv corporal şi prin aspectul său, subiectul poate atrage atenția asupra sa, poate impresiona pozitiv, poate fi captativ. Dar subiectul e preocupat în mod normal, preconştient şi conştient, şi ca aspectul său să nu fie perceput negativ, defavorabil. În psihopatologie această preocupare e în prim plan în cadrul câtorva sindroame psihopatologice.

- **Sindromul dismorfofobic** se referă la impresia – părerea, convingerea centrată de o idee supraevaluată – subiectului, că aspectul său corporal, în primul rând cel al feței, nu este armonios, firesc, echilibrat, frumos. Uneori el se consideră dismorfic, urât. Fenomenul poate fi resimțit ca progresând în timp, ca accentuându-se în mod nefavorabil. Subiectul e convins că acest fapt atrage atenția altora şi comentariile lor negative. În consecință îşi studiază mult aspectul, practică un comportament exagerat de îngrijire sau modificare corporală prin diverse metode, inclusiv prin solicitări cosmetice şi de chirurgie estetică. Poate fi vorba şi de dimensiunile corporale, de ideea subiectului că este prea gras sau prea slab, fără muşchi puternici, fapt pentru care practică excesiv exerciții. Aspectul central al sindromului este cel centrat de o idee supraevaluată, dar se poate manifesta şi anxios fobic, obsesiv sau la o intensitate delirantă.

- În apropierea sindromului dismorfofobic se plasează şi **sindromul siluetei din anorexia mentală**. Aspectul central al acestuia constă în dorința tinerelor fete (proporția e de 10 fete/1 băiat) de a păstra o talie subțire, refuzând creşterea corporală şi preocupându-se prevalent – sub forma unei idei supraevaluate – de a nu se îngrăşa. Pacienta verifică constant creşterea ponderală prin cântărire, măsurători, şi verificarea aspectului, ține diete hipocalorice şi îşi provoacă vărsături, consumă diuretice, diareice, medicație catabolică. Sindromul stă la baza unei entități nosologice astfel denumită, în descrierea căreia se prezintă şi alte caracteristici (disfuncții ale menstrei, alte probleme endocrine). Preocuparea pentru talie poate avea o intensitate delirantă.

- Un alt sindrom apropiat de dismorfofobie este **sindromul "delirului osmotic"**. Pacientul este convins că emană un miros corporal neplăcut pe care alții îl simt, fapt ce conduce la o evaluare negativă a sa, la situații penibile, la comentarii negative. În majoritatea cazurilor pacienții afirmă că simt acest miros, deci o formă specială de halucinație. Urmează un comportament de evitare socială, de îngrijire corporală deosebită prin spălare, utilizare de parfumuri, etc. Deşi sindromul nu e condiționat de un "aspect" corporal, el e strâns corelat cu corporalitatea trăită.

- Tot în apropierea dismorfofobiei se plasează sindromul ereutofobic asociat fobiei sociale. Pacientul fiind hiperemotiv roşeşte când este privit de alții în manifestările sale publice, iar această "infirmitate corporală" îl face să evite societatea şi să aibe un comportament special. Şi alte manifestări corporale pot intra în aceaşi arie de preocupări: să nu aibe flatulență, să nu se bâlbâie.

Distorsiunea preocupărilor pentru corporalitate, ca sănătate şi ca apariție, se poate manifesta ca sindrom central al unui episod psihopatologic susținut de o ideație prevalentă sau delirantă. Sau, aceste sindroame se pot combina cu altele în cadrul episoadelor psihopatologice complexe.

d) Excurs psihologic antropologic. Identitatea persoanei şi a sinelui

Persoana umană, sinele conştient înrădăcinat î propria corporalitate, resimte şi afirmă în normalitate o continuă identitate cu sine, în diverse situații şi în variate raportări interpersonale. Noțiunea de persoană se referă mai ales la identitatea sinelui (self) ce se exprimă în mai multe nivele ierarhice. Şi anume :

- Nivelul corporal al protosinelui nuclear care, d.p.d.v. subiectiv asigură sentimentul "agenției", a originării în sine a intenționalității subiectului. Şi la fel sentimentul apartenenței la sine a propriilor trăiri subiective, intime, ca distincte de

trăirile, intenţiile şi deciziile altora. Sinele nuclear centrează raportările situaţionale ale subiectului faţă de lume, delimitând-o de aceasta. Acest nivel e şi punctul de plecare şi baza pentru identitatea transsituaţională şi constanţa manifestărilor expresive ale subiectului.

- Nivelul sinelui biografic care se plasează în continuitate, bazându-se pe memoria episodică, sintetizează experienţele de viaţă trăite în cadrul unei identităţi diacrone, ce are în fundal durata existenţei proprii. La un prim nivel, dincolo de experienţele situaţionale imediate, se pot identifica preocupările de durată ale subiectului, corelate cu situaţii problematice mai ample şi cu proiecte în care el îşi afirmă identitatea. La un nivel superior se exprimă punctul de vedere constant al subiectului în raport cu poziţia sa în lumea sa umană în cadrul relaţionărilor cu alţii. Aceasta are la bază nivelul metareprezentaţional şi autonoetic al sinelui care se raportează la sine analizându-se, judecându-se, evaluându-se, modelându-se. Cunoaşterea de sine se corelează cu stima de sine şi idealul de sine, toate fiind funcţii identitare.

Tot la acest nivel subiectul organizează cunoaşterea pe care o are asupra lumii după liniile de forţă ale unor opinii şi convingeri, în cadrul unei proprii concepţii despre lume, care se articulează cu cea comunitară.

Nivelul persoanei reuneşte toate nivelele sinelui sub cupola identităţii sociale pe care o asigură numele, actele de identitate, statutul şi rolul social, biografia sa publică. La acest nivel identitatea subiectului se afirmă şi prin reţeaua sa socială, prin conştiinţa sa morală şi prin creativitatea spirituală.

Identitatea persoanei şi sinele presupune la fiecare nivel trăirea limitelor între lumea interioară subiectivă şi lumea exterioară subiectului. Identitatea subiectului se conjugă dialectic cu metamorfozele sale, atât în perioada ontogenetică de creştere cât şi în perioada adultă şi la vârsta a treia.

Identitatea sinelui şi persoanei sunt implicate în majoritatea sindroamelor psihopatologice.

15. Sindromul dedublării personalităţii

Disfuncţia mnestic comportamentală a continuităţii biografice

Subiectul îşi resimte şi afirmă identitatea cu toate că starea de vigilitate conştientă se suspendă zilnic în cadrul somnului. La fel se petrec lucrurile după suspendări patologice ale conştienţei, ca de exemplu în comă. În unele cazuri după diverse suferinţe cerebrale, însoţite deobice de comă poate apărea o amnezie, o deficienţă de rememorare a unor perioade de viaţă, de dinaintea sau imediat după perioada respectivă inconştienţă. În psihopatologie se întâlnesc situaţii în care subiectul nu-şi aminteşte şi nu integrează în persoana sa conştientă anumite perioade de viaţă în care s-a manifestat public şi a fost înregistrat ca atare de alţii. Principalele sunt:

- Sindromul stărilor disociative de conştiinţă. În modalitatea standard, acesta se caracterizează printr-o manifestare delimitată în timp a persoanei care, în perioada

respectivă, are o redusă reflexivitate a conştiinţei de sine; perioadă despre care ulterior el nu-şi aminteşte. Tulburarea a fost descrisă şi ca "stare crepusculară a conştiinţei" , "fugă patologică", "dromomanie". Durata poate fi de minute, ore sau zile. Subiectul se deplasează, acționează – dar în manieră relativ simplă, stereotipă; percepe realitatea suficient de adecvat pentru a desfăşura acte de complexitate medie şi a nu se accidenta, dar acuitatea perceptivă este redusă, nu recunoaşte persoane şi locuri, nu răspunde adecvat la interpelări; Reflexivitatea şi autocontrolul deliberativ sunt mult reduse sau absente; După revenire, există o amnezie completă sau parțială a episodului.

Stările disociative de conştiință au fost mult observate şi comemntate la sfârşitul secolului XIX şi începutul secolului XX, fiind mai rare în prezent. Ele au fost corelate în mare măsură cu patologia histerică şi cu hipnoza. În aceeaşi serie se înscrie şi comportamentul "lunaticilor", "afectul patologic", "stările pasionale". Iar în medicina legală e descrisă beția patologică. Deficiența de reamintire în stare lucidă a episodului nu anulează identitatea biografică, deoarece aceasta persistă într-un plan mai adânc al psihismului. Stările disociative prelungite se înscriu într-o tranziție cu dubla personalitate. Cele scurte, se apropie de "leşinul psihogen", altă manifestare ce era considerată ca specifică patologiei "histerice".

- Dubla personalitate; personalitatea multiplă. Persoana se afirmă interpersonal social, pentru o perioadă de obicei mai lungă, de luni sau ani, într-un anumit context cu o anumită identitate, pe care şi-o asumă din toate punctele de vedere; deci şi subiectiv şi prin parametrii de identificare socială. Iar în alt context se manifestă succesiv cu alte caracteristici comportamentale şi alți indici de identificare. Aspectul alternativ al trecerii succesive dintr-o modalitate în alta, este unul din elementele caracteristice. Intervalele de alternanță pot fi mai scurte sau mai lungi. În prim planul conştiinței, recunoaşterea celeilalte personalități nu există, dar ea poate fi identificată preconştient sau inconştient. S-au descris cazuri de identitate multiplă. Spre deosebire de stările disociative de conştiință, subiectul nu prezintă o reducere a funcționării cognitive în cursul acestei alternanțe.

- Amnezia electivă. Simptomatologia constă din neamintirea dintr-o situație trăită a unor aspecte, cu reamintirea altora. Reamintirea, la fel ca percepția, este şi în mod

normal selectivă. În acest caz însă secvențele neamintite apar ca o evidentă disfuncție, care sugerează o semnificație anumită a blocării reamintirii.

16. Sindromul de depersonalizare

Disfuncția resimțirii identității persoanei corporale şi psihice

Resimțirea identității cu sine a persoanei, în toate planurile sale, este un fenomen spontan, căruia subiectul nu-i acordă în mod normal atenție. Identitatea socială, cea a statutului şi rolului social, a manifestărilor înregistrabile şi relatabile biografic, pot fi sesizate şi de alte persoane, la fel ca identitatea corporală, caracterul, inteligența, cunoştințele. Există însă şi un plan al identității care în esența sa este subiectiv. Este vorba de domeniul resimțirii, a perceperii identității corporale şi psihice, ca o realitate delimitată de alții şi de lume, ca o zonă intimă şî subiectivă, care este sursa raportărilor intenționale la lume.

Tradiția psihopatologiei clinice a decupat în această direcție un sd. al depersonalizării, care se întâlneşte mai pregnant în schizofrenie.

Acesta vizează pe de-o parte persoana corporală, pe de altă parte persoana psihică.

Depersonalizarea corporală constă din tulburări ale perceperii propriului corp în perspectiva limitelor sale şi a „vitalității". Printre simptome se menționează:

- Iluzii de schemă corporală: unele părți ale corpului sau corpul în totalitate e resimțit mai mic sau mai mare decât în realitate sau deformat: corpul poate fi simțit mare până în tavan, degetele se lungesc, corpul în ansamblu e resimțit mic;
- Sentimentul pierderii limitelor corporale, acestea dispar, „se topesc", corpul nu mai are limite;
- Sentimentul vulnerabilității limitelor corporale pentru agenți fizici din lumea exterioară, vizibili sau invizibili; ultima situație e frecvent întâlnită în patologia obsesiv-compulsivă unde subiectul simte că e infestat de murdărie, microbi, virusuri, substanțe chimice;
- Impresia modificării formei unor părți din corp fapt ce duce la repetate verificări în oglindă, la chestionarea altor persoane asupra situației;

- Nerecunoaşterea propriului corp, a propriei fețe în oglindă;
- Sentimentul de transformare corporală locală, de exemplu modificarea mărimii şi formei organelor sexuale, sau transformarea lor în sexul opus;
- Un simptom special este heautoscopia, care constă în faptul că subiectul se vede pe sine în afara sa, din spate, din față;
- Devitalizarea corporală: subiectul resimte şi afirmă„corpul meu nu mai are viață, e ca de piatră, de lemn, de sticlă", „corpul meu e mort, a intrat în putrefacție";
- Negarea organelor interne: eu nu mai am inimă, creierul meu s-a micşorat, s-a topit.
- Sentimentul „dedublării" corporale; subiectul resimte şi crede că corpul nu mai e unitar, e dedublat. Această trăire stă la baza dezvoltării convingerilor delirante despre posedarea sa zoopatică, constând în ideea că în corpul său se află un animal.

Depersonalizarea în planul persoanei psihice înregistrează printre simptome:

- Subiectul resimte o modificare a identității: „eu mă schimb, nu mai sunt acelaşi, devin altul";
- Sentimentul pierderii identității „eu nu mai sunt eu";
- Subiectul se simte nereal, lipsit de spontaneitate, „ca o marionetă care joacă un rol";
- Sentimentul de gol interior, de vid sufletesc, de plictis extrem;
- Subiectul se simte detaşat de propriile trăiri ca şi cum le-ar vedea de departe, „de la capătul unui telescop";
- Subiectul poate simți că „trăieşte într-o lume paralelă" cu lumea celor din jur, ca şi cum ar fi mort şi ar funcționa ca „altcineva";
- Un simptom special este cel al dedublării interioare „eu sunt o persoană dublă, cu decizii contradictorii care uneori se opun celei conştiente".

Depersonalizarea trăită corporal şi psihic se însoțeşte deseori de o modificare a perceperii lumii exterioare care e resimțită ca „ciudată", „stranie", „bizară" fenomen ce e numit derealizare.

Depersonalizarea surprinde doar aspecte negative ale trăirii propriului corp şi psihism. Convingerea într-o schimbare efectivă de identitate cade deobicei sub incidența delirului.

e) Excurs psihologic antropologic. Relaționarea interpersonală

Persoana se află în relații interpersonale nu doar în situații circumstanțiale ci printr-o raportare constantă, prin legături interpersonale. În normalitate, relaționările interpersonale nu doar mențin ci şi consolidează şi diversifică identitatea persoanei. Formarea ontogenetică a psihismului uman se realizează de la început prin relația dual cu mama, „relația de ataşament" prin care imagoul structurant al acesteia e introjectat în cel al copilului (prin procesul ce duce, după Bowlby, la „internal working model"). Raportarea interpersonală de durată poate fi mai intimă sau mai superficială şi e marcată de diverse atitudini: protectivă, de grijă şi îngrijire, dominatoare, sumisivă, ostilă, amenințătoare, de susținere, colaborativă, etc. Un aspect bazal e deschiderea subiectului spre apropierea față de celălalt, spre receptare, cunoaştere, cooperarea cu aceasta. Dar în dinamica relaționărilor e prezentă şi respingerea sau distanțarea, ostilitatea, suspiciunea, neîncrederea, îndepărtarea afectivă de celălalt. O relație specială e cea de dragoste în cadrul căreia există o mare intimitate, o întrepătrundere afectivă benefică pentru parteneri. Ei se simt ca susținându-se reciproc, rezonând împreună la evenimente, amplificându-se existențial. În afara legăturilor interpersonale profunde şi durabile există şi relaționări sau raportări mai circumstanțiale şi superficiale. Dinamica relaționărilor se împleteşte cu dispozițiile afectiveşi se bazează pe identitatea persoanei, care se păstrează chiar şi în cazul legăturilor puternice ale dragostei.

În contextul relaționărilor subiectul are o părere despre ceilalți. Pe de-o parte în sensul evaluării calităților, a capacităților acestora. Pe de altă parte în ceea ce priveşte intențiile lor mai circumstanțiale, sau mai de durată, inclusiv în raport cu propria persoană. În plus, concomitent cu o constantă evaluare de sine, subiectul evaluează şi îşi formulează continuu o părere evaluativă privitor la opinia şi atitudinea altora în raport cu sine. Aceasta poate fi considerată ca fiind favorabilă, de admirație, iubire, sau nefavorabilă, de dispreț, ură şi în general de ostilitate.

Raportându-se una la alta, persoanele se şi influențează reciproc. Acest fapt se realizează prin expresivitatea unor atitudini şi prin acte de limbaj. Pot fi menționate în primul rând modalitățile tranşante ale imperativelor, aşa cum sunt ordinile, poruncile ce privesc interdicțiile şi obligațiile. Corelate acestora sunt permisivitățile. Apoi sunt modalitățile mai nuanțate ale sfatului, îndemnului, recomandării, sugestiei, rugăminții, solicitării. Influențarea interpersonală e corelată cu gradul de dependență față de celălalt, de ataşament față de acesta. Şi la fel influențarea depinde de considerația şi respectul ce i se poartă, de puterea şi drepturile sale în raport cu persoana asupra căruia acționează. Sugestia sau recomandarea are o pondere diferită în funcție de aceşti parametrii.

În raport cu altă persoană subiectul se poate manifesta prin supunere totală sau parțială, imitare, eschivare, opoziție, ripostă.

Manifestarea distorsionată a atitudinilor şi relaţionărilor interpersonale se întâlneşte în psihopatologie în primul rând în cadrul tulburărilor de personalitate unde pot fi identificate comportamente relaţionale excesiv de dominatoare şi manipulative sau submisive, reţinute, suspicioase, schimbătoare, etc; Acestea se manifestă, în contextul derulării obişnuite a vieţii de zi cu zi. În al doilea rând, în deliruri se întâlneşte frecvent o interpretare aberantă, a atitudinii altora în raport cu sine, în sensul admiraţiei, iubirii, dar mai ales al curiozităţii excesive, a disprețului sau a ostilităţii, exprimate prin intenţii agresive. Perturbări ale relaţionării interpersonale se întâlnesc şi în patologia dispoziţiilor afective, în manie, depresie, anxietate, iritabilitatea ostilă. În acestea însă, în prim plan este o distorsiune a raportării şi poziţionării faţă de sine, a evaluării de sine, relaţionarea faţă de alţii fiind în plan secund.

17. Sindromul cataton

În situaţii de pericol major, individul poate rămâne nemişcat şi hiporeactiv. Această mimare a morţii constituie pentru unele specii un mod de reacţie adaptativă. Nemişcarea poate fi prezentă şi în contextul "fascinaţiei" pe care o exercită un agresor faţă de victimă. În cadrul relaţiilor interpersonale, în situaţia de dominaţie şi fascinaţie, dependentul poate fi manipulat psihomotor de către dominator, pe care-l poate şi imita. În situaţia de transă hipnotică subiectul poate executa comportamentele ce i se sugerează sau poate lua diverse posturi induse de hipnotizator. Variate modele de comportament pasiv şi inhibat fac parte din repertoriul individului animal şi uman, putând fi declanşate şi de anumite afecţiuni cerebrale.

Sindromul cataton este un sindrom psihomotor în care raportarea psihică la ambianţă e mult redusă sau îngustată iar motricitatea se poate manifesta ca nemişcare (stupor), imitaţie (fenomene de ecou) sau agitaţie, cu posibile treceri dintr-o variantă în alta. Se descriu ca fenomene ce pot fi succesive.

- Stuporul cataton: Subiectul stă nemişcat, în poziţie fixă, uneori ciudată, cu hipertonie; el poate păstra timp îndelungat aceeaşi poziţie; nu răspunde la comenzi şi poate manifesta opoziţionism (se opune mişcărilor imprimate ale mâinilor, ale gurii); alimentarea poate fi dificilă; nu reacţionează sau reacţionează foarte redus la stimuli exteriori sau la adresarea prin cuvinte.
- Flexibilitatea ceroasă: subiectul păstrează poziţiile imprimate de alţii.

- Fenomene de ecou: ecolalie - imită vorbirea interlocutorului, ecomimie – imită mimica interlocutorului, ecopraxie – imită actele interlocutorului.
- Agitație catatonă: subiectul se mişcă în permanență dar cu mişcări stereotipe, în "spațiu restrâns", nu dispune de tot spațiul ce-l are la dispoziție, nu e atent la ambianță şi nu reacționează la evenimente şi solicitări.

18.Sindromul senzitiv relațional şi de supraveghere

Orice om este în permanență preocupat, deobicei preconştient, să-i observe şi pe alții în cadrul interrelațiilor zilnice, pentru a putea realiza o relaționare adecvată, pentru a le evalua intențiile şi proiectele în vederea coordonării propriului comportament cu al acestora. La fel, fiecare om resimte constant perconştient că este şi el, în acelaşi scop, observat şi evaluat în permanență de către alții. În anumite împrejurări poate exista, motivat, şi o curiozitate crescută în raport cu detaliile vieții altuia, pe care acesta nu intenționează spontan să le dezvăluie.

Fenomenul adaptativ menționat mai sus poate căpăta forme patologice care se manifestă pregnant la nivelul psihotic al delirului, a unor distorsiuni perceptive şi a patologiei sinelui. La acest nivel vor fi menționate doar manifestările

Sindromul senzitiv relațional constă în sentimentul neplăcut al subiectului că este în mod special în atenția altora. El are impresia că alții îl privesc parcă prea insistent şi îndelungat, "se uită la el în mod special", ciudat, că este în "vizorul" altora care-l „urmăresc cu privirea". Faptul de a atrage atenția e firesc în normalitate dacă există o stigmă fizică, o înfățişare neobişnuită, o îmbrăcăminte specială. De asemenea un om poate avea asemenea trăiri dacă a trăit o ruşine publică, dacă a făcut o faptă culpabilă.

La un alt nivel subiectul apreciază că acest interes al altora se corelează cu o evaluare a sa. În fobia socială el se teme de o apreciere negativă, de a nu avea un eşec, de a nu se face de ruşine, de râs. În dismorfofobie subiectul are impresia că lumea comentează urâțenia sa, în anorexie se teme că alții îl consideră prea gras. O altă stare psihopatologică constă în preocuparea privitor la faptul că el ar putea emana un miros neplăcut care atrage atenția celorlalți. Subiectul e atent la comentariile altora şi uneori poate supraevalua şi interpreta distorsionat unele expresii. În tulburarea de personalitate paranoidă această trăire a interesului crescut a altora față de sine se asociază cu

suspiciunea față de atitudinea lor posibil ostilă. În cazul tulburării de personalitate histrionică subiectul provoacă el însuşi atenția altora, este captativ, doreşte să fie în centrul atenției celorlalți, pentru a fi admirat sau compătimit.

Subiectul poate avea impresia că există o supraveghere publică specială a sa, că aceasta se desfăşoară activ, că este urmărit în diverse locuri. În aceste cazuri e presupusă o atitudine ostilă a altora deoarece în normalitate urmărirea se face deobicei de către duşmani, cu intenții agresive. Dar într-o formă incipientă poate să nu existe o tematizare clară. Persoana are doar impresia că „parcă cineva e în spatele său", deci în zona care scapă percepției vizuale directă; sau că „alții sun pe urmele sale".

Subiectul poate avea impresia că e supravegheat în intimitate, mai mult decât e firesc de către cei ce sunt în mod natural în apropierea sa. Poate avea impresia că i se umblă prin lucrurile personale, că „este parcă cineva străin în casă", etc.

Simptomatologia senzitiv relațională şi cea de supraveghere se manifestă pregnant în varianta delirantă, când flanchează delirul paranoid; adică delirul cu tematică de atitudine ostilă a altora, dându-i o coloratură specială.

f) Excurs psihologic antropologic. Convingerile personale

În cursul personogenezei subiectul asimilează cunoaşterea de ansamblu a lumii pe care o vehiculează socio-cultura din care face parte, inclusiv convingerile comunitare în transcendență şi în cauzalitățile sociale. Această cunoaştere interiorizată este organizată după liniile de forță ale unei proprii concepții despre lume şi despre poziția subiectului în această lume.

În raport cu contextul său social proxim, subiectul este în permanență angajat împreună cu alții în situații problematice de diverse amplori şi semnificații. El se preocupă constant de semnificația pentru el a evenimentelor pe care le trăieşte, inclusiv de atitudinea altora în raport cu sine. În perspectivă cognitivă metareprezentațională, subiectul îşi reprezintă problemele situațiilor de care se preocupă, poziția sa în aceste situații, sub forma unor teme teze ce sintetizează preocupările sale şi se cristalizează ca idei cu un grad important de certitudine, ca şi credințe personale. Credința în anumite teme sau idei poate deveni prevalentă, centrând atitudinile şi comportamentele sale în raport cu alții, cu sine, cu situația, cu lumea. Dintre acestea se evidențiază şi convingerile delirante.

Convingerile personale corelate situațiilor trăite, sunt distincte de convingerile pe care subiectul le împărtăşeşte cu restul comunități; precum şi de certitudinile perceptive. Ele sunt distincte şi de dispozițiile afective – depresive, euforice, anxioase – care sunt resimțite situațional direct şi nemijlocit. Convingerile personale ce preocupă

subiectul mai mult timp – şi din care derivă credinţele delirante – derivă din probleme situaţionale curente, fireşti şi adaptative. Acestea se mută în instanţa metareprezentaţională a sinelui şi ajung să exprime o poziţionare atitudinală constantă şi fermă a subiectului în raport cu respectiva situaţie problematică; atitudine prin care el evaluează poziţia sa în situaţie, atitudinea altora în raport cu sine şi în cele din urmă însăşi poziţia sa în lumea umană.

19. Sindromul delirant

Delirul ar putea fi consdierat o variantă psihopatologică a credinţelor fanatice. El se defineşte tradiţional ca o convingere anormală, neraţională, într-o idee neadevărată, care nu poate fi modificată prin argumente. Ca pentru orice sd.pt. referinţa se cere făcută la o variantă tipică care în acest caz poate fi considerat delirul monotematic sistematizat. Convingerea delirantă este neargumentată d.p.d.v. raţional, comprehensibil, ea este exagerată, rigidă, preocupă centrul subiectului; tema delirantă e falsă, aberantă, neobişnuită, imposibilă, absurdă; impenetrabilitatea la argumente se referă atât la experienţa prorpie cât şi la încercarea de persuasiune intreprinsă de alţii. Convingerea delirantă condiţionează atitudini, stări afective şi comportamente anormale. Complexitatea psihismului e redusă. Convingerea delirantă centrează, rezumă şi îşi subordonează restul psihismului astfel încât subiectul îşi pierde disponibilitatea pentru alte preocupări. Ca o consecinţă existenţa delirantului se simplifică, se decontextualizează, devine marginală şi disfuncţională social. El nu se mai poate integra firesc în viaţa socială multifaţetată.

Există şi preocupări monotematice prevalente care centrează un timp existenţa subiectului absorbindu-i toate energiile şi care pot fi marginale realităţii, dar până la un punct permeabile argumentării. Acestea ocupă o poziţie intermediară între normalitate şi delir şi sunt etichetate în prezent ca preocupări centrate de o ideaţie supraeveluată. Psihopatologia are în vedere, desigur, doar variantele minus valorice ale preocupărilor prevalenţiale şi nu cele plus valorice, creatoare.

Tematica delirantă derivă din preocupările fireşti şi adaptative ale subiectului faţă de sine, alţii şi lume, referindu-se la :

- Preocuparea faţă de propria sănătate, capacitate, valoare, identitate;

- Raportarea față de alții şi felul în care alții receptează subiectul, îl consideră, îl evaluează, importantă e şi atitudinea, intenționalitatea celorlalți în raport cu subiectul care poate fi considerată ca pozitivă dar mai ales ca negativă; o temă specială e atenția ce i-o acordă subiectului alții, care poate evolua spre convingerea patologică de supraveghere a intimității;
- Raportarea subiectului față de societate, istorie, cosmos, transcendență.

Cunoaşterea şi convingerile comunitare sunt de obicei preluate în tematica delirantă prin intermediul preocupărilor sale situaționale.

În esență, convingerea delirantă exprimă atitudinea subiectului față de lume, sine şi alții, în cadrul relaționării cu aceştia; mai precis, evaluarea subiectului privitor la propria poziție în lume, în cadrul unei situații problematice în care el se simte implicat. Preocuparea şi convingerile delirante se desfăşoară la un nivel metareprezentațional al psihismului şi sinelui. Nivel structurat prin logos, prin narativitate, care are în vedere biografia şi raportarea reflexivă, autonoetică la sine.

Sindromul delirant coexistă deseori cu alte sd.pt., relația cu acestea putând fi de concomitență dar şi de condiționare reciprocă.

Dispozițiile afective de tip depresiv şi euforic maniacal exprimă prin ele însăşi, o poziționare atitudinală specifică a subiectului în raport cu sine, alții şi lume. Aceasta e trăită însă situațional, direct, nemijlocit. Dacă ea se exprimă mai intens şi diferențiat, implicând planul metareprezentațional, astfel încât ajunge să fie formulabile ca temă de vinovăție sau de capacitate şi identitate excepțională, atunci avem o variantă delirantă a depresiei sau maniei.

Corelațiile delirului cu tulburările perceptive este clasică. Ea e totuşi minoră la nivelul delirului monotematic sistematizat, unde pot interveni iluzii. Sau, pur şi simplu decuparea unor elemente perceptive cărora li se atribuie o semnificație specială. Se evidențiază astfel de la început că percepția se referă în egală măsură la aspectul senzorial sintetizat de formă cât şi la semnificația acestuia. În mod frecvent stările delirante sunt însoțite de halucinații. O formă marginală o constituie „halucinațiile funcționale" care se bazează pe percepții neutre ce capătă o nouă configurare şi semnificație. Faptul e mai frecvent în cazul halucinațiilor proxime corporalității,

olfactive, gustative, chinestezice, intraceptive, cutanate, sexuale; dar se întâlneşte şi în cazul celor auditive şi vizuale. Faptul că în percepție se are în vedere şi semnificația, convingerea într-o anumită semnificație, face să existe stări intermediare între tulburările senzoriale şi delir. Un rol special îl joacă tulburările perceptive globale, neformale, ca : derealizarea, dispoziția delirantă, fenomenele de referință, sentimentul de supraveghere. Tulburările perceptive implică, aproape totdeauna, o perturbare a limitelor sinelui.

Delirul se poate desfăşura şi concomitent cu tulburări ale coerenței centrale, care se exprimă mai ales prin relaxarea sintezei psihice, dezorganizare şi fragmentare psihică. Această concomitență se exprimă sub forma delirului nesistematizat.

O altă variantă este delirul încapsulat „parafreniform". În acest caz trăirile delirante sunt bine delimitate, coexistând cu o parte echilibrată şi normală a psihismului şi manifestându-se doar în anumite împrejurări. În mod tradițional delirul parafren este considerat ca „fantastic", la el participând intens imaginarul, prin confabulații.

Intervenția imaginarului în delir face ca el să fie uneori fluctuant şi nu toate afirmațiile subiectului să se exprime sub formă de convingere fermă. Chiar şi în cadrul delirului neconfabulator, mai mult sau mai puțin sistematizat, convingerea poate fi fluctuantă. Apoi în cursul terapiei şi a evoluției, subiectul ajunge de obicei să ia distanță față de convingerile delirante, să le poată considera ca străine de nucleul psihismului său.

În raport cu varianta standard a delirului monotematic, în psihopatologie se pot întâlni stări delirante cu teme multiple, în combinație cu halucinații variate şi alte manifestări psihopatologice.

Un aspect particular îl constituie stările halucinator delirante din delirium, când se produce o denivelare a vigilității conştiente cu manifestări de tip oneiroid, halucinațiile fiind predominent vizuale, scenice.

*

* *

Tematica delirantă se configurează cel mai pregnant tot în delirurile monotematice. Ea se referă la preocupări față de sine şi față de relaționare a subiectului

cu alții. Universul tematic al delirurilor trebuie să țină cont de manifestarea acestuia într-o arie largă a psihopatologiei.

Nivelul persoanei corporale, a sinelui corporal, este vizat în tematica hipocondriacă. Subiectul poate fi convins că are o boală incurabilă, sifilis de exemplu prin care infestează toată țara. Sau că unele organe nu funcționează (inima a încetat să bată) de ani de zile, nu a urinat săptămâni sau luni iar urina va inunda casa). Corpul poate fi considerat „devitalizat", „mineralizat", deformat (redus la un punct). Dedublarea persoanei corporale şi psihice face loc delirului de posesiune zoopatică (subiectul e convins că în burta lui se află un şarpe şi solicită intervenții chirurgicale); sau că e posedat de diavol sau de o altă ființă supranaturală. La limita cutanată a corporalității poate apare „delirul dermatozic" : pacientul este convins că sub pielea sa circulă animale mici şi cere insistent tratamente dermatologice. Obsesivul e deseori convins că tegumentele nu-l mai pot proteja de infestarea cu microbi sau alte substanțe, motiv pentru care se spală continuu pe mâini.

Raportarea la propria persoană psihică conduce la teme ca : Modificări de identitate, descedența dintr-o persoană ilustră, repudierea părinților, identificarea cu eroi mitici, istorici sau personaje actuale importante. Prezența unor capacități deosebite, convingerea în invenții excepționale (crearea omului în laborator, perpetuum mobile, terapia cancerului), în posesiuni excepționale (este extrem de bogat) etc. La un pol opus apare tematica „micromană" constând în autodepreciere, nimicnicie, vinovăție, inexistență.

O altă zonă tematică gravitează în jurul apariției publice a subiectului, a felului în care el va fi receptat de către alții. Delirul dismorfofobic constă în convingerea subiectului că propriul corp este deformat, are un aspect necorespunzător, este urât şi va atinge atenția altora care-l vor comenta nefavorabil. În anorexia mentală aceeaşi preocupare este în legătură cu talia, tinerele fete făcând multe eforturi pentru a nu creşte în greutate şi a nu avea forme rotunde. „Delirul osmotic" constă în convingerea subiectului că emană un miros urât care e sesizat de alții, care îl evaluează negativ. Un aspect deosebit este delirul senzitiv relațional care constă în convingerea subiectului că

este în centrul atenției altora care-l studiază atent şi îl comentează. Acesta e punctul de plecare pentru delirul de supraveghere ce se manifestă în paranoidie.

Tematica delirantă se desfăşoară şi în aria relațională afectivă. Subiectul poate fi convins, fără argumente, că este iubit de o anumită persoană (delir erotoman) sau că persoana de care e legat îl înşală (delir de gelozie). În aria relațională cel mai important este însă delirul paranoid care constă în convingera în atitudinea ostilă a altora. Aceasta va fi comentat separat.

Tematica delirantă poate viza instanța ființelor supranaturale. Pot apare convingeri privitor la relații speciale cu acestea, misiuni divine, etc. La nivel popular e invocată acțiunea altora realizată prin vrăji, descântece.

Alte zone tematice se referă la implicarea în cunoştințe stiințifice, istorie, cosmos. Aceasta se corelează mai ales cu tematica de invenție sau cu variante confabulatorii a delirului.

- Delirul paranoid. Una din cele mai frecvente teme delirante se referă la atitudinea ostilă a altora în raport cu subiectul. Aceasta se corelează deseori, mai ales în cazul schizofreniei, cu sentimentul punerii sub supraveghere a intimității.

Atitudinea ostilă a altora poate fi resimțită în multiple variante: alții intenționează să îl înşele (inclusiv partenerul afectiv sexual), să îi creeze un prejudiciu moral (a-l face de râs, a-l pune în situații penibile), a-l prejudicia material (a-i lua bunurile, banii, averea, a-l fura, a nu-l promova, a-l face să-şi piardă sursa de venit), a-l claustra, închide, a-l chinui, a-l îmbolnăvi, omorâ (prin otrăvire, gazare, injecții) etc. Intențiile ostile sunt atribuite altor persoane, cunoscute sau mai puțin cunoscute. Această atribuire poate evolua într-o direcție depersonalizantă în sensul că „duşmanii" ajung să fie persoane abstracte, membri ai unor organizații internaționale, sau însăşi aceste organizații considerate ca entități abstracte; sau ființe nenaturale (extraterestre) etc. Se poate ajunge în situația în care subiectul trăieşte sentimentul ostilității fără nominalizare : „sunt persecutat!"

Delirul paranoid se poate însoți de tema punerii sub supraveghere. Aceasta are ca punct de plecare trăirea senzitiv-relațională, în care subiectul se simte în centrul atenției altora. Trăirea poate avea diverse elaborări. Subiectul se simte urmărit pe stradă, uneori

de echipe complexe care se schimbă între ele; apoi, e convins că e observat şi înregistrat de la distanță prin diverse aparate : ocheane, telescoape, camere de luat vederi, aparate de fotografiat şi filmat, ascultarea telefonului, microfoane, prin aparatul TV sau prin internet. Pe aceste căi „ceilalți" se apropie de intimitatea sa pe care o ține mereu sub control. Uneori subiectul are impresia că a fost vizitat la locuința sa, că i s-a umblat prin dulapuri şi sertare. Un alt fenomen este substituirea de persoane ca în sd.Capgros : subiectul are impresia că o persoană apropiată (soția) a fost substituită cu un duşman, deşi fizic nu apare modificată; sau că, în diverse locuri, persoanele pe care le întâlneşte sunt de fapt substituite cu un persecutor care îl urmăreşte peste tot.

Fenomenele de supraveghere, care sunt considerate uneori ca un aspect special al delirului paranoid au o continuitate evidentă cu sindromul de transparență influență. În cazul acestuia subiectul e convins că însăşi gândurile sale cele mai intime sunt cunoscute de alții, astfel încât limitele sinelui nuclear sunt străpunse. Acest sindrom este însă comentat de obicei separat. La fel sunt stările psihopatologice comentate ca „dispoziție delirantă" şi ca „fenomene de referință".

g) Excurs psihologic antropologic. Perceperea situațională a lumii

Existența oricărei persoane se desfăşoară prin derularea unor evenimente succesive. În orice moment al existenței sale subiectul se află angajat în preocuparea față de rezolvarea unor situații mai mult sau mai puțin problematice. Soluționarea acestora se face prin comportamente cu scop care se realizează în urma unor decizii personale şi care diverse termene. Situațiile în care persoana e angajată la un moment dat au diverse semnificații şi durate; Dar el se află mereu şi într-o situație experiențială actuală, în contact nemijlocit cu lumea prezentă acum şi aici. Din aceasta subiectul selectează, receptează, interpretează şi înțelege o serie de informații actuale. Acest proces constituie substanța percepției.

Prin percepție experiențială s-ar putea înțelege reflectarea psihică sintetică, structurată ca formă şi semnificație, a informațiilor actuale. Informațiile disponibile sunt reflectate şi ierarhizate prin atenție, comparate cu datele mnestice, în sinteza perceptivă intervenind şi imaginația. Percepția se conturează întotdeauna ca o "figură" pe un fundal perceptiv, având o anumită semnificație pentru subiect şi fiind integrată în intenționalitatea sa de raportare, de obicei în acțiuni ce rezolvă probleme. Cele mai multe din datele perceptive sunt recunoaşteri. Datele nou percepute sprijină obținerea unor certitudini cognitive, răspund la întrebări sau ridică probleme, intrând apoi în fondul mnestic.

Există o percepere continuă reflexivă a propriei persoane: a propriului corp şi psihism. Şi în raport cu aceasta, o percepere variabilă a ambianței, şi a altor persoane

şi a semnficaţiei situaţiei. Aceasta e structurată spaţial, cu distanţe şi direcţii care au ca referinţă centralitatea propriului corp. Percepţia se poate referi la datele imediate sau la o perioadă mai îndelungată, caz în care se realizează o sinteză diacronă.

În normalitate percepţia experienţială poate fi mai clară sau mai vagă, mai mult sau mai puţin exactă şi detaliată. Aşteptările, emoţiile şi imaginarul modulează percepţia. Omul, la fel ca şi animalul, desfăşoară aproape continu o activitate investigatorie pentru a obţine informaţii perceptive detaliate şi exacte, care după ce sunt înţelese, sunt interpretate.

Un aspect special e perceperea altor persoane. Acestea sunt întâi identificate ca fiind persoane umane. Apoi li se descifrează pe cât posibil identitatea; urmează perceperea şi înţelegerea intenţionalităţii lor în situaţia dată, inclusiv în raport cu propria persoană. Acest fenomen se realizează printr-un proces special pe care l-a studiat "theory of mind".

Percepţia situaţională realizează legătura dintre structura şi identitatea persoanei, - cu toate cunoştinţele obţinute de-a lungul biografiei şi care sunt organizate după limite de forţă a opiniilor şi convingerilor - şi, pe de altă parte, situaţia dată, cu informaţiile sale curente şi cu semnificaţia sa.. Între aceşti doi poli există în mod firesc o distanţă care e umplută de structuri psihice intermediare. Această structură se prăbuşeşte în psihopatologie, atunci când apar iluziile, halucinaţiile şi fenomenele de referinţă.

Visul e o trăire de tip perceptiv ce se desfăşoară în contextul reducerii vigilităţii conştinte şi a aportului informativ din ambianţă, el alimentându-se cu date mnestice.

20. Sindromul halucinator şi al distorsiunii câmpului perceptiv

În mod normal perceperea lumii date depinde de nivelul de vigilitate, de interesele şi preocupările subiectului, de expectanţe, de focalizarea atenţiei. Şi la fel, de fondul de cunoştinţe, de experienţele anterioare şi de sinteza imaginarului. Percepţia se petrece la limita dintre interioritatea psihismului subiectului şi exterioritatea lumii cu care acesta intră în contact.

Psihopatologia ne relevă atât perturbări ale ansamblului câmpului perceptiv, incluzând şi propriul corp; cât şi tulburări formale, incluzând apariţia neoformaţiilor halucinatorii.

Halucinaţiile sunt trăiri de tip perceptiv care nu au la bază o informaţie actuală reală, corespunzătoare. Caracterul perceptiv constă, în esenţă, în plasarea lor în spaţiul extracorporal şi în calităţile lor senzoriale, ca distanţă, mărime, intensitate, formă, timbru; dar, orice percepţie se caracterizează şi prin configuraţia semnificantă. Halucinaţiile se pot produce în toate ariile senzoriale perceptive astfel încât putem

distinge: halucinații vizuale, auditive, (audio-verbale), olfactive, gustative, cutanate, sexuale, kinestezice.

Trăirile halucinatorii resimțite în interiorul propriului corp (în limitele spațiului corporal) au fost numite şi halucinații psihice. De exemplu imagini sau voci plasate în abdomen, inimă sau corp (vocile ce sunt auzite în cap se cer diferențiate de propriile gânduri şi de simptome din sindromul de transparență influență).

Halucinațiile, ca neuroproducții perceptive, se desfăşoară de obicei concomitent cu perceperea destul de corectă a ambianței. Dar aceasta e percepută nepregnant ca un fundal estompat, halucinațiile insinuându-se printre elementele acesteia. Halucinațiile vizuale şi auditive implică lumea exterioară ca un spațiu structurat; cele gustative, olfactive, cutanate, sexuale, interoceptive şi kinestezice gravitează în jurul propriului corp sau sunt resimțite din interiorul acestuia. Acestea sunt uneori greu de diferențiat de interpretarea unei iluzii sau de o halucinație funcțională.

Halucinațiile funcționale constau din trăiri de tip halucinator care se produc pe baza unei informații externe reale, care e însă nestructurată specific. De exemplu în zona auditivă, pe fondul unui zgomot real subiectul aude clar voci de oameni ce i se adresează. Halucinațiile funcționale pot fi comparate cu fenomenul normal al paraeidoliei ce constă în structurarea imaginativă a unei informații vagi, cum ar fi configurația norilor, o pată de mucegai, fundul unei ceşti de cafea ; Paraeidolia este însă un fenomen acceptat conştient, controlat şi reversibil. Uneori e dificil de decis dacă e vorba de o halucinație funcțională sau obişnuită; de exemplu în cazul halucinațiilor gustative când pacientul, alimentându-se, afirmă că mâncarea are un gust schimbat, suspicionând otrăvirea. Halucinațiile funcționale subliniază faptul că materialul de bază a halucinațiilor vine din interioritatea psihismului subiectului, lumea informațiilor actuale fiind de obicei un suport pentru ele.

În unele împrejurări halucinațiile se desfăşoară în contextul reducerii importante a percepției ambianței, ca în cazul stărilor oniroide, asemănătoare visului cu ochii deschişi, care apare pe fondul denivelării vigilității conştiente din delirium; Sau trăirile de tip halucinator din deprivarea senzorială.

Halucinațiile pot fi multiple, se pot combina între ele , vizual-auditiv, olfactiv-gustativ, cutanat-vizual, kinestezic-sexual-cutanat, etc. Cel mai des halucinațiile coexistă cu delirul, întreținându-se reciproc.

Un comentariu special e necesar privitor la halucinațiile auditive. Acestea pot fi simple zgomote, senzații, teme muzicale sau pot avea un caracter ideo-verbal. După conținut acestea pot fi: - apelative: subiectul este strigat pe nume, chemat, interpelat; - imperative: subiectului i se dau ordine spre executare, uneori cu un conținut periculos, în sensul comenzii de suicid sau de homicid; - comentative: acestea pot comenta actele, intențiile, gândurile în desfăşurare deobicei ca voci a mai multor persoane cunoscute sau necunoscute, ce discută între ele. Halucinațiile ideo-verbale sunt apropiate de halucinațiile psihice şi sunt apropiate de halucinațiile psihice şi pot interfera cu fenomene de transparență-influență şi chiar cu tulburările formale de gândire. Ele se desfăşoară în marginea disfuncției sinelui nuclear cu indistincția resimțirii a ceea ce aparține propriei conştiințe sau exteriorului. Au fost interpretate şi ca proiecție în exterior a propriilor gânduri.

- Iluziile sunt percepții deformate ca formă şi semnificație. Ele se produc şi în normalitate, condiționate de insuficiența sau neclaritatea informațiilor, de anumite configurații spațiale speciale sau de stări afective intense cu expectare particulară.

În cazul iluziilor formale patologice, obiectul apare cu un contur modificat sau neclar, mai mare sau mai mic decât e în realitate, detaşat de fundal, etc. Neclaritatea percepției din obnubilare sau delirium poate conduce la iluzii formale; dar şi la false identificări de persoane. Iluziile formale pot fi resimțite şi în raport cu propriul corp, fapt ce apare în sindromul de depersonalizare: unele părți ale corpului sau ansamblul său sunt resimțite mai mari sau mai mici ca în realitate, deformate, cu limite estompate, etc.

Corelația dintre convingerea delirantă şi trăirile perceptive distorsionate are mai multe variante în psihopatologie, diferite de halucinațiile şi iluziile propriu zise. În mod special se impun distorsiuni ale semnificației globale a câmpului perceptiv. Se pot menționa :

- Fenomenele de referință simple. Acestea constau în faptul că diverse percepții banale sunt resimțite ca având o semnificație neobişnuită, stranie, misterioasă, care are însă legătură cu subiectul asfel încât el intră în alertă. Diverse culori, cifre, cuvinte, prezența unor persoane cunoscute sau necunoscute, semnele de circulație, felul în care sunt aranjate obiectele, fenomenele atmosferice, sunt receptate cu mirare, uneori cu nelinişte şi stupefacție, ca semnale referențiale misterioase.
- Fenomene de referință relaționale. Acestea constau în manifestări naturale ale unor oameni care sunt resimțite şi interpretate ca adresându-se special subiectului ca având o semnificație deosebită sau gravă în ceea ce îl priveşte. Astfel unele expresii dintr-o discuție, comentariile neutre pe care le fac unele persoane în prezența subiectului, anumite priviri sau gesturi, sunt resimțite ca aluzii la propria persoană. Subiectul poate avea impresia sau convingerea că se vorbeşte despre el la radio, la TV, în presă, că în emisiuni este vizat, citat, etc.
- Dispoziția delirantă bazală, - „anastrofa" lui Conrad – constă în sentimentul pacientului că „se întâmplă ceva în jur", ceva nelămurit dar care-l priveşte. Lui i se pare că nimic nu e întâmplător, că toate lucrurile care se petrec au o legătură ascunsă între ele şi cu sine, că se învârt în jurul său, că se va produce ceva important, care-l priveşte. De aceea se află într-o stare de tensiune, de aşteptare încordată. Pe acest fundal o amintire, o intuiție dar cel mai des o anumită percepție corectă – numită şi „percepție delirantă" – precipită brusc o convingere delirantă. Acest mod de instalare a delirului a fost etichetat drept „delir primar".
- În acest context pot fi replasate în aria tulburărilor de semnificație a datelor percepute şi substituirile de persoane, descrise în sindromul Capgros. Subiectul e convins că persoane pe care le percepe şi le identifică corect din punct de vedere formal, au fost substituite de duşmani, pentru a fi în permanență în jurul său cineva care să-l supravegheze, să-l spioneze. În fenomenul Sosia, o persoană cunoscută şi apropiată, de exemplu soția, a fost substituită cu altcineva. În fenomenul Fregoli, el are impresia sau e convins că un anumit duşman ia diverse înfățişări şi astfel se află în permanență în preajma sa. Este evident în aceste cazuri că percepția formală nu e modificată,

perturbarea plasându-se la nivelul semnificației trăite. Deşi, în aceste cazuri, tulburarea perceptivă nu mai e globală, ca în situațiile precedente.

h) Excurs psihologic antropologic. Sinele nuclear şi distanțele antropologice

Persoana conştientă resimte identitatea sa cu sine ca izvorând din sine, din „sinele" său reflexiv nuclear („eu însumi", „self", „ich selbst"). Acesta centrează întreg psihismul persoanei înrădăcinându-se în trup, fiind axul identității biografice şi centrul propriei concepții despre lume şi a raportării la situațiile actuale. Raportarea intențională a subiectului față de lume porneşte din „sine" şi aparține „sinelui", la fel ca ansamblul trăirilor şi cunoştințelor subiectului. Prin acest sentiment subiectul se diferențiază de alții şi de lume. Desigur, el colaborează cu alții în luarea deciziilor, în formarea cunoaşterii generale şi în cunoaşterea de sine. Dar în principiu, celălalt, ceilalți, rămân distincți de sine. Persoanele apropiate sufleteşte au un acces mai mare la intimitatea subiectului uneori până la interpătrunderea afectivă, ca în dragoste. Cei apropiați şi intimi sufleteşte îşi cunosc reciproc secretele personale şi se influențează uşor unul pe altul în decizii. Persoanele care se află la distanță psihologică medie de subiect, au acces doar la o parte din informațiile despre viața sa personală iar puterea lor de influențare în decizii e mai redusă. În sfârşit, pentru fiecare subiect există şi o zonă a raportărilor publice, oficiale şi impersonale. În raport cu aceasta, deseori subiectul afişează o mască socială, joacă roluri sociale iar influențele lor sunt controlate.

În mod normal subiectul decide liber şi spontan ce să mențină în zona intimă a secretului personal şi ce să comunice public din trăirile şi intențiile sale. Şi de asemenea, el controlează intențiile altora de a-i influența acțiunile. Această activitate este funcția sinelui nuclear, cel care susține sentimentul identității cu sine, a delimitării sinelui în raport cu alții şi lumea, apartenența la sine a propriei biografii şi a ansamblului trăirilor psihice, sentimentul emergenței din sine a intenționalității față de lume.

În mod natural, în orice situație dată, orice subiect percepe şi înțelege direct şi nemijlocit intențiile celorlalți în raport cu sine (aşa cum demonstrează „theory of mind"). Prin simetrie, el resimte şi e convins că ceilalți percep şi înțeleg intențiile sale. Pe de altă parte, în mod practic, în permanență deciziile şi acțiunile persoanei sunt influențate, direct sau indirect, de alții, prin acte de limbaj sau prin identificarea subiectului cu aceştia. Cu toate acestea, în normalitate se menține constant sentimentul că decizia ultimă, inclusiv în ceea ce priveşte dezvăluirea intimității sale, îi aparține subiectului. Precum şi sentimentul că în cele din urmă tot lui îi aparțin intențiile sale şi conținutul vieții sale psihice, că el este bine delimitat de alții şi de lume, că există autonom.

În psihopatologie aceste funcții ale sinelui nuclear sunt perturbate.

21.Sindromul de transparență, influență

Modificarea psihopatologică a funcționării sinelui nuclear conduce la fenomene de depersonalizare, la sentimentul pierderii identității şi limitelor eului, la simptome de transparență şi influență psihică. Acestea mai sunt numite fenomene de pasivitate psihică sau de control exterior, xenopatic. În cadrul acestuia subiectul resimte că alții, din exterior, au acces la intimitatea sa, cunoscând-o şi intervenind în deciziile sale cele mai intime, în apariția şi desfăşurarea gândurilor sale. Fenomenele de „referință" se manifestă tot în acest context.

Fenomene de transparență psihică în raport cu alte persoane

Acestea se articulează cu simptomatologia sentimentului de „punere sub supraveghere" care însoțeşte o parte din trăirile delirului paranoid specific schizofreniei plasându-se în continuitatea acestora. Principalele simptome sunt:

- Cunoaşterea propriilor gânduri intime prin „citirea" sau „ghicirea" lor de către alții;
- Înregistrarea gândirii de către alții în urma răspândirii ei; fenomenul e trăit pasiv, subiectul resimte cum propriile gânduri se răspândesc fără voia lui şi alții le captează;
- Comentarea gândirii de către alte gânduri intruse; subiectul resimte că în mintea sa sunt mai multe cursuri ale gândirii dintre care, unul, străin, supraveghează şi comentează propriile gânduri; în acest caz fenomenul nu e resimțit ca halucinator;
- Sonorizarea gândirii: subiectul îşi aude gândurile, dar în propriul cap; nu e fenomen halucinator. Totuşi subiectul crede că cineva care stă aproape poate să le audă;
- Ecoul gândirii: pacientul are sentimentul că propriul gând se repetă ca un ecou, dar nu sonor;
- Facerea publică a propriilor gânduri: subiectul constată că propriile gânduri sunt utilizate de alții, apar la radio sau televizor, în presă, astfel încât ajunge la

concluzia că propriile gânduri au fost furate; fenomenul se poate corela cu delirul de referință.

Odată cu fenomenele de transparență, supravegherea şi controlul pătrund în însăşi intimitatea psihismului subiectiv.

Fenomenele de influență (dirijare)

În cadrul simptomelor din acest grup sentimentul de pasivitate este mai accentuat. Pentru ele se mai foloseşte expresia de „înlocuire a voinței". Cele mai pregnante sunt simptomele de influență asupra comportamentului şi gândirii. Se constată:

- Înlocuirea voinței de forțe externe; aceasta poate fi trăită în mod global, subiectul simțindu-se ca un „automat dirijat din exterior". În acest sens de Clérambault a folosit eticheta de „automatism mental".

Fenomenul poate fi resimțit şi sectorial ca:

- Înlocuirea controlului vocii: pacientul resimte că vocea sa e sub controlul altora din exterior;
- Înlocuirea controlului mâinii care scrie: subiectul afirmă că ceea ce scrie este controlat şi condus din exterior;
- Înlocuirea controlului altor acțiuni, ca mersul şi actele obişnuite ale vieții de zi cu zi;
- Înlocuirea controlului gândirii: pacientul resimte pierderea sensului posesiunii asupra întregului proces de gândire astfel încât niciun gând nu mai e resimțit ca inițiat de sine;
- Inserția gândirii: subiectul resimte cum unele gânduri ce le are nu sunt ale sale, nu sunt inițiate de el însuşi ci de alții, care le-au introdus în capul (mintea) sa; uneori chiar identifică al cui e gândul respectiv ce i-a fost inserat, cine este autorul şi deci posesorul său de drept; Gândurile pot fi introduse şi de diavol sau de Dumnezeu. Subiectul işi poate explica faptul că alte persoane îi inseră gânduri prin telepatie, hipnoză etc;
- Blocarea gândirii: gândirea se opreşte brusc şi apare un gol mental, iar pacientul poate interpreta că acest fenomen se produce sub influența altora;

- Retragerea gândirii: pacientul are impresia că i-au fost retrase, scoase din minte, de către alții, o serie de gânduri astfel încât a rămas cu mai puține. Uneori îşi simte mintea complet golită, ca un vid mental, şi interpretează acest fapt ca datorat retragerii gândurilor sale de către alții;
- Alte tulburări subiective ale gândirii: subiectul poate resimți cum gândurile sale se mută din stânga în dreapta, că el nu mai poate şti care sunt propriile sale gânduri, că gândurile ies din corpul său etc.
- Alte tipuri de înlocuire a controlului decât cel asupra acțiunii şi gândurilor: subiectul poate resimți că îi sunt influențate şi impuse anumite sentimente, emoții, expresii (de ex. râsul sau plânsul), senzații sexuale sau senzații corporale neplăcute, cenestopatii, dureri, că îi sunt modificate părți ale corpului, că prin toate acestea el este dirijat şi manipulat din exterior.

Fenomenele de influență şi dirijare exterioară, xenopatică din această clasă sunt diferite de halucinațiile imperative.

Trăirile din sindromul de transparență influență pot fi interpretate delirant, în sens paranoid. Ele pot fi interpretate ca fiind provocate de alte persoane prin diverse metode: influențe parapsihologice (hipnoză la distanță, telepatie, prin utilizarea unor aparate diverse aparate şi fenomene fizice (unde radio, laser, prin internet) sau pe cale supranaturală. Unii psihopatologi includ sindromul de transparență influență în grupajul sindromatic al delirurilor (bizare).

i) Excurs psihologic antropologic. Coherența centrală şi sinteza psihismului

În mod normal omul trăieşte în mod unitar, coherent şi sintetic atât percepția şi reprezentarea de sine şi a lumii cât şi manifestările sale intenționale, active. Gândirea şi vorbirea, expresivitatea, comunicarea sunt organizate coherent, astfel încât să transmită informații sintetice, adecvate şi cu semnificație comprehensivă în situația dată. La fel comportamentul are o motivație adecvată, coherentă şi comprehensibilă, o unitate de desfăşurare şi de sens. Şi se realizează printr-un produs sintetic. Comunicarea verbală şi redactările discursive realizate prin limbaj au o coherență şi o unitate semnificativă şi semnificantă.

În spatele sintezei conjuncturale a manifestărilor se află coerența centrală axială a sinelui care asigură identitatea subiectului, delimitarea sa de către alții şi de lume, centrarea „agenției" proprii şi structura de ordine globală a psihismului. Se

diferențiază astfel o lume interioară înrădăcinată în propria corporalitate şi care centrează ansamblul cunoştințelor despre lume, propria concepție lume şi propriile credințe. Nivelele ierarhice ale sinelui se bazează pe această centralitate.

22. Sindromul dezorganizării ideo-verbale şi motivațional comportamentale.

Alterarea coerenței centrale sintetice

În psihopatologie se poate relaxa şi perturba coerența centrală sintetică a psihismului. În aceste cazuri manifestările cele mai evidente semiologic sunt în plan ideo-verbal şi în plan motivațional comportamental.

În plan ideo-verbal apar simptome care atestă modificarea cursului gândirii şi vorbirii. Acestea deviază de la finalitatea lor de a exprima şi comunica către alții informațiile în mod sintetic şi semnificant. Apar astfel simptome care au fost etichetate ca tulburări formale de gândire şi vorbire. Se pot menționa:

Tulburări formale de gândire

- barajul mental – cursul gândirii se opreşte brusc, şi se reia în altă direcție;
- mentismul – apariția bruscă a unui ansamblu de gânduri amestecate ce nu pot fi bine distinse şi controlate;
- gândirea şi vorbirea hiperconcretă, lipsită de context şi profunzime;
- gândirea şi vorbirea eliptică – scurtcircuitarea expresiilor uzuale ale textului comunicat cu păstrarea doar a unor repere de referință;
- gândirea şi vorbirea tangențială – este vagă, aluzivă, alunecă de la sensul de comunicare inițial;
- gândirea şi vorbirea digresivă – discursul se depărtează progresiv de tema principală, prin paranteze şi asociații circumstanțiale, fără a mai reveni;
- gândirea şi vorbirea incoerentă – lipsa de legătură între expresii se produce în interiorul propoziției, astfel încât vorbirea nu mai e comprehensbilă;
- tulburări logice şi gramaticale în gândire şi vorbire;
- gândire, vorbire şi scris marcate de dezordine, incoerență;
- gândire şi expresii simetrizante;
- gândire şi vorbire circumstanțială – evoluează din aproape în aproape, cu paranteze inutile; ea revine mereu la direcția inițială dar ajunge greu la concluzie;

- gândire şi vorbire manieristă, nu e comunicată decât puțină informație deşi exprimarea este amplă cantitativ; se folosesc multe expresii de introducere, legătură, politețe, repetiții stereotipe;
- gândire şi vorbire stereotipă – anumite expresii sau cuvinte se repetă identic;
- gândire şi vorbire hiperabstrată, cu trimitere la noțiuni generale, fără articularea cu un discurs concret sau comprehensive.

Tulburări semantice

- semnificația unor expresii este utilizată neobişnuit, nepotrivit cu contextul (expresia poate fi un cuvânt, o locuțiune, o metaforă, un fragment de text);
- acordarea unor semnificații speciale unor fragmente de discurs detaşate artificial de context;
- semnificații misterioase, idei idiosincrazice;
- neologisme, noi cuvinte, noi simboluri elaborate şi înțelese doar de pacint, un nou cod lingvistic

Tulburările formale de gândire şi vorbire exprimă tendința spre abstractizare şi simboluri. Comunicarea este ciudată, stranie, bizară, aluzivă, vagă, incomprehensibilă. Ea se poate asocia cu convingeri delirante.

Dezorganizarea **în plan motivațional comportamental** se manifestă prin:

- expresii mimico-gestuale care sunt neadecvate situației sau în discordanță cu trăirea afectivă şi cu motivația afirmată;
- expresivitatea corporală şi vestimentară este ciudată, neadecvată şi neconformă convențiilor sociale;
- comportamentul social e neadecvat, nelogic, neconform cu uzanțele, neobişnuit, ciudat;
- manifestării corporale parazitate de stereotipii, manierisme, ritualuri; poziție ciudată, manifestări ale sindromului cataton;
- deficiența unei autoîngrijiri coherente şi adecvate în direcția autoîngrijirii corporale, a îmbrăcăminții, alimentației, habitatului.

Corelat cu simptomatologia dezorganizantă mai apar următoarele simptome psihopatologice:

- dificultatea atenţională a filtrării informaţiilor cu distincţia între esenţial şi neesenţial;
- deficienţa percepţiei de sine a subiectului ca fiinţă unitară în toate planurile;
- deficienţa percepţiei altora şi a situaţiilor ca realităţi unitare şi semnificative;
- o deficienţă general a coherenţei central a psihismului persoanei conştiente, a intenţionalităţii şi afirmării sale assertive.

Simptomatologia dezorganizantă condiţionează un deficit important de comunicare şi integrare interpersonal socială. Subiectul rămâne izolat, se manifestă straniu, bizar, e favorizat autismul. Psihopatologia de tip delirant, dacă e marcată de dezorganizare, se manifestă şi ea bizar, sub semnul unor generalităţi şi abstracţii ciudate.

j) Excurs psihologic antropologic. Intenţionalitatea

Persoana umană se raportează în permanenţă activ faţă de alţii şi lume, trăirile şi comportamentul reactiv suprapunându-se peste acest fundal. Această atitudine este în primul rand o moştenire biologică, animalul investigând continu mediul în căutarea hranei, cuplându-se şi crescându-şi puii după schema unei teleologii. Omul, cu psihismul său conştient dimensionat prin logos, este o fiinţă intenţională. El se manifestă prin curiozitate şi întrebări, proiecte şi rezolvări de probleme, asertări. Orice afirmaţie făcută prin limbaj cuprinde o asertare. Cu atât mai mult exprimă intenţionalitate actele de limbaj prin care persoana exprimă porunci şi permisivităţi, rugăminţi, sfaturi sau promisiuni. În mod spontan subiectul e în permanenţă interesat de ceva, orientat spre ceva, motivat. El se manifestă prin dorinţe şi intenţii, îşi face proiecte şi intreprinde acţiuni, are iniţiative, urmăreşte scopuri şi sensuri. Intenţionalitatea se manifestă şi în raport cu alte persoane spre care subiectul se deschide, se îndreaptă, pe care vrea să le cunoască, de care se leagă, în faţa cărora se afirmă sau pe care încearcă să le domine.

Intenţionalitatea e o condiţie generală a conştiinţei, fapt susţinut în prezent atât de fenomenologie cât şi de cognitivism.

23. Sindromul amotivaţional. Grupajul sindromatic deficitar

Sindromul amotivaţional exprimă un deficit al raportării general active la lume şi la alţii, astfel încât subiectul apare ca lipsit de motivaţie. Se constată: - deficit de spontaneitate, de iniţiativă în toate ariile vieţii psihice; - deficit de curiozitate, căutare,

investigare, imaginare; subiectul nu mai provoacă activ realitatea, nu se mai proiectează în viitor; are tendința de a recepta pasiv şi indiferent informațiile; - deficit de interese, proiecte de acțiune şi motivație în general, cu inactivitate; - lipsă de interes față de sine, față de propria persoană corporală putându-se ajunge la deficit de autoîngrijire; - subiectul poate sta mult timp fără să facă nimic, în situație pasivă, de receptare; - anhedonie, adică lipsa capacității de a se bucura; nimic nu-i mai face plăcere, nici lucrurile care altădată îl satisfăceau mult; - deficit de relaționare socială, contactul şi implicarea socială sunt reduse.

Descris ca mai sus sindromul amotivațional e unidirecționat, apărând mai repede ca un subsindrom. Acesta se întâlneşte în sindroamele mai ample ale depresiei şi în cel schizo-deficitar. În depresie el e asociat cu hipertimia negativă însoțită de lipsa de speranță, autodepreciere, vinovăție, ideație suicidară. În macrosindromul schizo-deficitar sindromul amotivațional se întâlneşte împreună cu cel apatic, abulic, autist, depersonalizare şi cu anumite aspecte ale dezorganizării ideo-verbale.

Sindromul schizo-deficitar

Raportarea activă a persoanei față de lume poate fi deficitară într-un sens larg conativ, deci a intenționalității înțeleasă în toate planurile sale, fără ca planul cognitive să fie în mod primar şi major afectat. Acest deficit global a fost descris în schizofrenie printr-o serie de simptome - de fapt module simptomatice sau subsindroame - care în ansamblu pot fi aşezate una lângă alta într-un grupaj sindromatic sau "macrosindrom" schizo-deficitar. Dată fiind această coexistență semiologică frecventă se poate presupune că e vorba de alterarea unei dimensiuni importante a persoanei. E vorba de prezența concomitentă a unor principale simptome din următoarele sindroame:

- Sindromul amotivațional; subiectul nu e interesat şi preocupat de nimic, nu e motivat spre acțiune, nimic nu-i face plăcere, e anhedonic;
- Sindromul abulic; subiectul nu se poate hotărî să treacă la acțiune, poate fi ambitendent şi ambivalent, nu poate realiza nimic efectiv, e apragmatic;
- Sindromul apatic; subiectul e indiferent față de lumea din jur, nu se emoționează, nu e ataşat afectiv de altul, nu rezonează împreună cu ceilalți, e indiferent şi față de propria sa situație, față de laudă şi blam; nu se autoîngrijeşte;

- Sindromul autist; există un deficit în comunicarea interpersonală, neverbală şi verbală. Manifestările sunt rigide, stereotipe, cu tendinţă spre fixitate, neschimbare.
- Elemente clinice sindromatice de depersonalizare, mai ales corporală; cu derealizare şi sentimental lipsei limitelor, a neidentităţii persoanei, a fragmentării sale.

În descrierile şi circumscrierile clinice clasice macrosindromul schizo-deficitar – sau grupajul sindromatic respectiv – este considerat ca participând în mod semnificativ la conturarea tabloului clinic al tulburării schizofrene împreună cu alte două grupaje semiologic sindromatice: cel al dezorganizării ideo-verbale şi motivaţional comportamentale şi cel paranoid, halucinator delirant depersonalizant în care tematica delirantă (predominent de persecuţie) e însoţită şi de sindromul punerii sub supraveghere şi de sindroamele ce exprimă perturbarea sinelui nuclear.

24. Sindromul autist

În mod normal orice om intră spontan în contact cu alţi oameni, în situaţii mereu noi. El e interest de acest contact, comunică firesc verbal şi nonverbal cu ceilalţi, îi înţelege şi se face înţeles, e interesat de situaţii noi, afirmându-se cu iniţiativă şi şi eficienţă în raport cu alţii şi cu lumea în general.

Sindromul autist exprimă un deficit, developmental în primul rand, în relaţionarea interpersonal socială şi în sinteza echilibrată a informaţiilor despre celălalt. Precum şi în asertarea sintetică de sine, în plan interpersonal şi în general în planul lumii comunitare. Aceste deficite au o configuraţie semiologică specifică care e comentată în prezent prin patologia reunită în "spectrul autist". Acesta are ca referinţă tabloul clinic al "autismului infantil Kanner".

Principalele simptome din sd. autismului infantil sunt:

- Deficienţa calitativă a interacţiunii sociale. Aceasta se evidenţiază prin: deficit în comportamente non-verbale de reglare a interacţiunii sociale (privitul în faţă, expresia facială, ţinuta corporală şi gesturile); deficienţa în a stabili relaţii noi cu alte personae; lipsa tendinţei spontane de a împărtăşi bucurii, preocupările sau realizările cu alţii; lipsa

de reciprocitate emoțională şi socială. În ansamblu aceste aspecte sunt uneori caracterizate ca "retragere socială". Aceasta, în cazul în care sindromul apare la vârsta adultă. Semnificația "retragerii sociale" se cere însă precizată deoarece înregistrată doar din exterior ea poate avea multe determinări.

- Deficiențe şi particularități anormale în domeniul comunicării verbale. Limbajul, chiar dacă e bine însuşit şi a avut o eficientă utilizare, apare în cadrul sindromului ca deficitar în funcția sa comunicativă. Acesta, atât în aspectul său formal, privitor la intonație, ritm, elaborare, sinteză. Limbajul e marcat de stereotipii, manierisme, abstractizări. E deficitară şi inițierea sa cu scop comunicativ sau a responda la dialog sau alte situații comunicate.
- Comportamentul în ansamblu, la fel ca şi preocupările şi activitățile, apare ca stereotip repetitive. Preocupările sunt reduse la numai câteva, anormale ca intensitate şi focalizare. Comportamentul este inflexibil, manifestându-se prin rutină sau situații non-funcționale ce se repetă stereotip. E prezentă o preocupare pentru părți ale obiectelor; precum şi o fixare pe nemişcarea spațială a lucrurilor pentru menținerea lor într-o ordine fixă.

Cele trei aspecte menționate se intersectează şi probabil se intercondiționează. În circumscrierea clasică şi standard a sindromului autist se intersectează două direcții ale funcționării psihismului: - aspectul sintezei: sinteza informațiilor, sinteza de sine, sinteza "celuilalt" ca partener, etc; şi, - interrelaționarea interpersonală în cadrul căreia contactul direct al subiectului cu altul este un aspect esențial. Comunicarea verbală intermediază aceşti poli şi îi leagă. De aceea, sindromul autist, bazat pe cele trei ipostaze ce-l constituie în copilărie, are prin el însuşi o semnificație antropologică particulară.

Într-un sens mai larg, autismul girează un spectru psihopatologic în care sunt deficitare mecanismele de relaționale interpersonale intime, de rezonare şi interpătrundere afectivă. Baza lui constă în deficiențe ale coerenței centrale a psihismului, a capacității de sinteză semnificantă a celuilalt şi a propriei persoane.

k) Excurs psihologic antropologic. Vigilitatea conştientă

În mod normal viaţa omului oscilează între somn şi veghe, la fel ca cea a tuturor vertebratelor. În stare de veghe există diverse grade de luciditate conştientă, mai mare în cazul emoţiei, a concentrării voluntare, a consumului de vigilizante (cafea), mai redusă in oboseală, relaxare, perioada de dinaintea adormirii, consumul de alcool sau sedative. Starea de veghe conştientă permite o raportare clară şi performantă la ambianţă , o bună funcţionare cognitivă (din punct de vedere al atenţiei, percepţiei, memoriei, gândirii, discernământului), un control instinctiv, afectiv şi decizional adecvat, un comportament cu scop si sens performant, adaptativ. Există de asemenea o bună reflexivitate conştientă în sens de înţelegere şi raportare la sine, de autopercepţie şi articulare la memoria biografică, o bună orientare temporo-spaţială, auto şi allopsihică. Responsivitatea la stimuli este adecvată. Toate aceste aspecte sunt modificate în psihopatologie.

25. Grupajul sindromatic al perturbării vigilităţii

Putem întâlni o reducere în diverse grade a vigilităţii conştiente însoţită de variate alte manifestări psihologice. Se descriu de obicei separat:

- Obnubilarea: pacientul este imobil, fără mişcări şi activitate spontană, răspunde dificil la stimuli, doar la cei intenşi şi repetaţi; procesele cognitive (atenţia, percepţia, memoria) sunt diminuate, inhibate; lentoare în derularea proceselor cognitive; colaborarea cu ceilalţi e dificilă;
- Soporul este o stare de denivelare a vigilităţii de tipul obnubilării, mai accentuată, cu somnolenţă şi adormire intermitentă;
- Coma constă în suspendarea vigilităţii conştiente; ea poate avea diverse grade de profunzime care se măsoară prin reflexele care se păstrează;
- Stuporul constă dintr-o denivelare a vigilităţii conştiente însoţită de nemişcare, în diverse poziţii, cu areactivitate şi negativism. Pacientul deşi nu doarme, nu răspunde la stimuli verbali şi e hiporeactiv la alţi stimuli; nu se mişcă şi nu vorbeşte spontan; nu răspunde la întrebări şi nu execută comenzile. Uneori se poate opune la mobilizarea iniţiată de alţii; se opune mobilizării mâinii, deschiderii gurii pentru alimentare; poate prezenta hipertonie sau hipotonie musculară;
- Starea crepusculară sau disociativă de conştienţă constă dintr-o diminuare a vigilităţii cu deplasare; reducerea vigilităţii constă predominant în scăderea

reflexivității (conştiența de sine în cursul desfăşurării evenimentelor); percepția e redusă dar suficientă pentru deplasare, fară dificultăți, greşeli sau accidente; dar pacientul nu identifică persoanele cunoscute, nu răspunde la salut sau întrebări; tulburarea se desfăşoară paroxistic cu debut şi remisiune bruscă, cu durată delimitată în timp; privitor la episod, subiectul are amnezie sau hipomnezie; în timpul episodului el poate avea şi comportament agresiv, uneori reactiv.

Starea disociativă de conştiență poate avea diverse durate. Când durează mai multe zile se vorbeşte de dromomanie; nivelul vigilității poate fi fluctuant dar fără remisie completă.

Există o corelație - o continuitate - între această tulburare şi personalitatea multiplă, în care caz modificarea vigilității conştiente e foarte redusă, electivă, deci o corelație cu problematica identității persoanei.

Deliriumul constă dintr-o denivelare de diverse grade a vigilității conştiente însoțită de dezorientare temporo-spațială şi nelinişte sau agitație psiho-motorie; vigilitatea poate fi doar parțial modificată, diminuată sau grav afectată; funcțiile cognitive sunt deficitare şi la fel reactivitatea la stimuli; e caracteristică dezorientarea în timp şi spațiu, în raport cu evenimentele, cu propria persoana şi cu alții; apar frecvent false identificări de persoane; pacientul nu e imobil ca în obnubilare ci neliniştit sau agitat; agitația se poate însoți de heteroagresivitate, chiar cu "stare clastică" (pacientul distruge nediferențiat tot ce întâlneşte în jur); agitația poate fi şi în spațiu redus în limitele patului (stare "amentivă"); vorbirea este deseori incoerentă; starea afectivă e uneori anxioasă dar poate fi şi euforică.

Pe acest fundal pot apărea stări halucinatorii de tipul visului, "oneiroide"; halucinațiile sunt predominant vizuale, simple sau scenice, uneori panoramice: subiectul percepe scene, la care participă intens afectiv şi comportamental; pot apărea, mai rar, şi halucinații auditive, olfactive, gustative tactile sau altele. De asemenea pot fi prezente convingeri delirante, de obicei consecutive halucinațiilor.

Deliriumul e o tulburare delimitată în timp ce durează de obicei câteva zile (în relație cu etiologia) mai rar câteva săptămâni. Dacă se prelungeşte, se ridică problema tranziției spre demența ireversibilă.

26. Sindromul demențial

Procesul dezvoltării psihice a individului care implică achiziția progresivă de noi capacități individuale şi pragmatice, de noi cunoştințe şi competențe şi de o tot mai bogată şi determinată identitate odată cu practicarea unor roluri sociale tot mai complexe, este contrabalansat de pierderea acestora, mai lentă sau mai rapidă, globală sau sectorială.

Sindromul demențial se referă la pierderea, progresivă şi ireversibilă a unor funcții psihice, centrate de cele cognitive mnestice, care conduce la deteriorarea funcționării în viața de zi cu zi şi a funcționării sociale şi reducerea fondului de cunoştințe, a nivelului de interese şi competențe sociale, la declinul identității şi dimensiunii valorice a persoanei.

Deteriorarea demențială e condiționată totdeauna organic cerebral dar în variate modalități. Ea este vizibilă în primul rând în planul funcțiilor cognitive şi executive.

Simptomele importante sunt: Deficiențe cognitive centrate pe disfuncția memoriei. Odată cu reducerea atenției şi percepției se instalează o amnezie antero-retrogradă cu consecințe practice în viață de zi cu zi. Subiectul uită să execute corect şi finalizat o serie de acte ale vieții obişnuite (închiderea robinetelor, a luminii, a uşii). Amnezia retrogradă determină uitarea unor perioade de viață din prezent spre trecut, care se pot extinde ani de zile. Amnezia condiționează pierderea reperelor pentru orientarea spațială, orientarea temporală, biografică (autopsihică) şi în raport cu alte persoane (alopsihică); Funcțiile executive sunt deteriorate în sensul efectuării eficiente şi responsabile a unei acțiuni cu scop şi sens. Se alterează discernământul (evaluarea consecințelor propriilor acte pentru sine şi pentru alții). Nu mai sunt executate eficient şi adecvat actele ce compun derularea vieții curente, de zi cu zi. Scade sfera de interese şi preocupări, care devin tot mai egocentrice. Progresiv se reduce capacitatea de autoadministrare şi în final de autoîngrijire. Subiectul îşi poate pierde reperele care-i definesc propria identitate.

Procesul demențial se însoțeşte de variate tulburări neurologice care depind de tipul de boală ce afectează encefalul. Poate fi vorba de disfuncții instrumentale (afazie,

agnozie, apraxie), de tulburări piramidale, extrapiramidale, tablou de tip pseudo bulbar, etc.

Sindromul demențial poate fi accentuat temporar de episoade confuzive (de delirium) şi poate fi marcat de simptome psihotice (delirant halucinatorii).

*

* *

Sindroamele psihopatologice exprimă tulburări ale structurilor funcţionale normale ale persoanei umane, evidențiază infrastructura acesteia. Ele sugerează cum e organizat acest psihism. De aceea, prezentarea lor nu poate fi cu totul aleatorie.

S-ar putea accepta că sd.pt. exprimă disfuncții ale funcționării psihice adaptative a subiectului ce e centrat de sine şi se manifestă prin intermediul situațiilor în direcția acțiunii şi a relaționărilor interpersonale. (A se vedea Anexele I şi II).

Centrul axial al sinelui, e în prezent comentat dintr-o perspectivă ierarhică: la bază ar fi sinele încorporat, pe care îl exprimă corpul biologic şi care este resimțit subiectiv ca un corp trăit. Urmează sinele nuclear care e centrul "mentalizării"; a atribuirii de stări mentale altora şi sie-şi; subiectul se resimte la acest nivel ca autor al trăirilor sale şi ca distinct delimitat de intenționalitatea, de mintea altor oameni. Supraordonat acestuia se plasează sinele biografic, metareprezentațional, care se poate distanța de sine însuşi, poate relata istorii despre sine, se poate autoanaliza, evalua, modifica. În sfârşit, în plan social sinele se manifestă ca persoană ce are o identitate prin nume, acte, statut şi rol social. La acest nivel se desfăşoară conştiința morală şi creativitatea valorică. Întreaga arhitectură a sinelui e ordonată de o coerență centrală ce-i asigură limite şi identitatea în raportarea sa coerentă şi ordonată ierarhic la lume.

Subiectul se raportează la lume şi la alții prin intermediul situațiilor trăite.

Un prim nivel de manifestare situațională a sinelui se realizează prin trăirea unor dispoziții afective. Anxietatea, tristețea, iritabilitatea ostilă, euforia şi indiferența exprimă o anumită atitudine, o anumită poziționare globală a subiectului în raport cu lumea, alții şi sine. Pe prim plan este afirmarea directă, nemijlocită a sinelui. Sd.pt. maniacal şi cel depresiv derivă cel mai clar din dispozițiile afective, dar şi anxietatea generalizată. Iritabilitatea ostilă este de obicei integrată în sd.paranoid. Indiferența

apatică exprimă şi ea o atitudine bazală faţă de situaţie şi lume de data aceasta în sensul neaderării; fapt ce se regăseşte în sd. de derealizare şi în general în sentimentul de nefamiliaritate cu lumea, de gol sufletesc, de plictis.

Articularea subiectului faţă de situaţie se face şi prin înţelegerea semnificaţiei acesteia, a problematicii pe care o ridică. Din această înţelegere rezultă poziţionarea sa atitudinală, decizia şi trecerea la act. Reactia emotivă, comportamentul reactiv, impulsiv sau problematizarea exagerată a deciziei, se plasează la acest nivel.

Trăirile situaţionate immediate se prelungesc în situaţia mai amplă ca durată, în care subiectul manifestă preocupări, evaluări, raportări, acţiuni. Astfel, preocuparea faţă de sănătatea proprie poate fi strict circumstanţială. Şi la fel, cea faţă de apariţia expresivă în raport cu alţii, faţă de felul în care ceilalţi evaluează pozhitiv sau negativ această apariţie. Faptul poate conduce la trăiri psihopatologice din serie dismorfică. În acelaşi sens se manifestă preocuparea subiectului faţă de interesul pe care îl stârneşte altora, fapt ce se poate exprima prin sd. de relaţie senzitivă. În toate aceste cazuri intră acum în joc şi o altă instanţă a psihismului, nivelul metareprezentaţional care operează cu cunoaşterile subiectului, cu reprezentările mentale şi cu cele formulabile lingvistic.

Instanţa metareprezentaţională e implicată în sd. fobic, în cadrul căruia subiectul evită zonele de realitate pe care le ştie sau le presupune ca periculoase. Fobia, într-un sens mai larg, se referă şi fobia de sănătate şi la cea de manifestare socială nefavorabilă. Tot în plan metareprezentaţional subiectul se poate analiza şi evalua spre sine, poate să se manifeste în conflict cu sine. Sd. obsesiv se plasează şi el la acest nivel. Trăirile de tip dismorfic sau senzitiv relaţionale pot fi trăite în variabta anxios fobică, obsesiv-compulsivă sau ca idee supraevaluată sau delirantă.

În plan transsituaţional, subiectul este preocupat să ducă la bun sfârşit o acţiune începută, în care s-a angajat. Ceea ce a fost comentat ca sd. abulic constând din patologia funcţiilor executive, se plasează la acest nivel. Dar şi preocuparea de tip obsesiv fobic ale subiectului privitoare la sănătatea sau starea de bine a persoanelor de care e ataşat. În aceeaşi direcţie se plasează ideaţia erotomană sau cea de suspiciune paranoidă, în măsura în care se desfăşoară la un nivel predelirant. Dependenţa episodică de alte persoane poate fi şi ea trăită ca stare psihopatologică la acest nivel.

Pe axa sinelui se exprimă în primul rând sd.pt. care vizează identitatea subiectului, atât în plan expresiv relațional cât şi în plan subiectiv. În perspectivă psihopatologică intră de la un moment dat în joc aspectul structural al coerenței centrale, care asigură identitatea (subiectivă şi obiectivă – a subiectului, bazat pe centralitate, delimitare şi ordonare ierarhică în manifestări. Sd. depersonalizării exprimă o perturbare a acestor funcții. Fenomenele halucinator delirante, cele de transparență influență şi cele de dezorganizare psihică, sunt expresia directă şi majoră a perturbării structurale a coerenței centrale. Instanța metareprezentațională a psihismului este implicată direct şi major. Subiectul tinde să se afirme prin identitatea sa ce se defineşte prin relaționarea sa de durată cu alții, prin raportarea reciprocă în cadrul unor situații problematice de durată. În cadrul acestora, subiectul se centrează prin sinele său nuclear, care este sursă dar şi proprietar a propriilor trăiri intenționale şi relaționale. Fenomenul e perturbat în sd. de transparență influență. Relaționarea subiectului față de sine, alții şi lume, prin intermediul situațiilor trăite, este grav perturbat în cadrul sd. delirant şi halucinator. Dezorganizarea ideoverbală şi motivațional comportamentală abolesc limitele sinelui şi exprimă prăbuşirea arhitectonicii ordonării ierarhice a manifestărilor. Sindroamele psihopatologice exprimă aceste deficiențe disfuncționale.

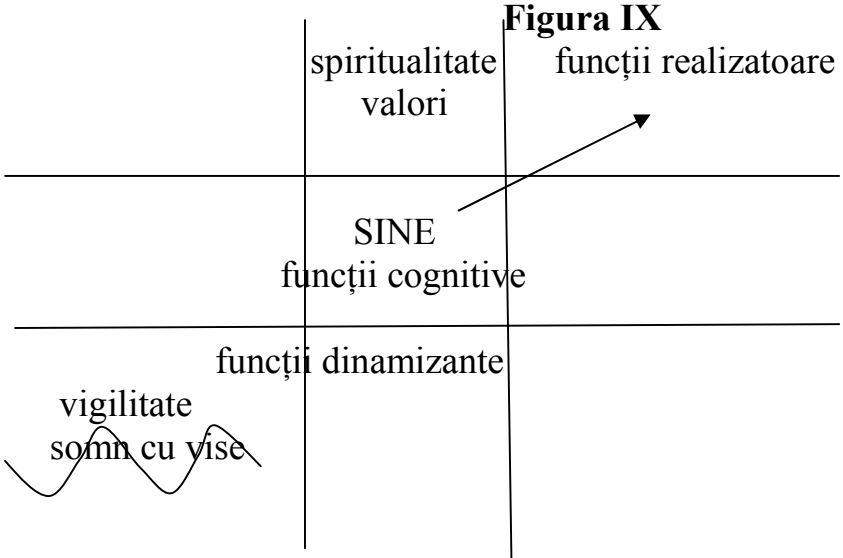
Pornind de la trăirile situaționale nemijlocite, psihismul persoanei se elaborează – dar se şi perturbă – prin intermediul nivelului metareprezentațional al psihismului, al sinelui. În spatele acesteia se organizează şi se manifestă structura coerenței centrale a subiectului. Perturbarea acestei structuri, dincolo de o anumită limită, conduce la o "mutație" pe o altă orbită de funcționare psihologică, inferioară şi restrictivă.

2.3. Semiologia psihopatologică în perspectiva simptomelor

Simptomele se referă la perturbarea unei funcții psihice determinate. Enumerarea, definirea şi/sau comentarea lor presupune o schemă, mai mult sau mai puțin arbitrară, de circumscriere a psihismului uman. O astfel de schemă poate fi cea tradițională care ține seama de trei dimensiuni sau ansambluri funcționale fundamentale ale psihicului: cognitivă, dinamizantă (conativă) şi realizatoare (volitivă, comportamentală, expresiv

comunicantă). Aceste trei dimensiuni corespund într-un fel clasicei teorii a celor trei facultăți psihice: cogniția, afectivitatea şi voința, concepție ce era funcțională în secolul al XIX-lea, când s-a constituit semiologia psihiatrică. Ele sunt centrate de eul sau sinele conştient şi reflexiv şi integrate în funcționarea persoanei. Desigur se au în vedere şi o dimensiune a identității cu sine, cea a manifestării sociale, morale, spirituale şi creative a acesteia.

Figura IX



Se mai cere ținut seama de faptul că viața psihică a omului oscilează, la fel ca la animale, între starea de somn şi cea vigilă. Precum şi de faptul că existența persoanei umane se desfăşoară într-o „lume umană" dimensionată prin limbajul asertiv, prin norme şi valori. Adică prin cultură, prin spiritualitate.

Definirea şi comentarea simptomelor psihopatologice presupune o circumscriere şi înțelegere a fiecărei funcții psihice, fapt pe care-l face psihologia. În textul de față simptomele nu vor fi definite şi comentate riguros ca în unele manuale de semiologie. Ci în primul rând enumerate, indicate „ostensiv" prin referință la înțelegerea comună a perturbării unor funcții psihice. Se va face şi o trimitere la sindroamele standard în care ele se manifestă mai frecvent şi mai intens. Iar unii termeni tehnici vor fi explicați.

Semiologia centrată pe simptome este prezentată la acest nivel doar ca o completare a celei centrate pe sindroame standard. Ea este însă indispensabilă psihopatologiei clinice deoarece episoadele psihopatologice, constând de obicei din conjncția mai multor sindroame,prezintă un tablou clinic a cărui complexitate nu o

poate da decât o listă de simptome completă. Iar modificarea în timp a respectivului ep.pt. poate fi urmărită prin modificarea acestei liste.

Funcțiile cognitive

Acestea sunt: atenția, percepția, reprezentarea, imaginația, gândirea, fluxul ideativ, conținutul gândirii, discernământul.

Atenția se referă la orientarea psihismului spre aspecte ale realității date, cu selectarea şi erarhizarea informațiilor în vederea configurării percepțiilor şi a interpretării lor; precum şi în vederea elaborării şi executării actelor şi comunicării. Psihologii au în vedere volumul concentrarea, perseverența şi mobilitatea atenției, în cadrul reorientărilor necesare adaptării la situații şi a investigării. Atenția este deficitară în toate sindroamele psihopatologice. Concentrarea şi persistența sunt dificile în anxietate, depresie, apatie, obnubilare, demență, dar cu diverse semnificații şi corelații, contextul sindromatic fiind diferit. În anxietate atenția este hipermobilă şi investigatorie, subiectul neputându-se concentra şi persevera din acest motiv, deşi vigilitatea e crescută. În depresie, interesul pentru prezent, pentru ambianță e redus, subiectul fiind inhibat şi bradipsihic. În obnubilare, vigilitatea conştientă e redusă; iar în demență există o deteriorare a tuturor funcțiilor psihice, deficiența de atenție înscriindu-se în acest context. O hipermobilitate a atenției cu dificultăți de concentrare şi persistență, apare frecvent în sindromul maniacal şi în cel de instabilitate psihomotorie(ADHD).

Un aspect special al tulburărilor de atenție îl reprezintă deficiența de filtrare şi erarhizare a informațiilor. De fapt, este vorba de un deficit care vizează concomitent atenția, configurarea percepției şi memoria de scurtă durată. Subiectul face cu greutate distincția între informațiile importante, esențiale şi cele periferice, trebuind să facă un efort pentru a realiza acest fapt. El este invadat de informațiile neesențiale care-l epuizează. Fenomenul se întâlneşte la cazurile vulnerabile pentru schizofrenie, dar şi la obsesivi şi în alte domenii ale patologiei.

Un alt aspect deosebit este concentrarea exagerată a atenției asupra funcționării propriului corp, mai ales în condiții de aşteptare anxioasă, cu supraevaluarea catastrofică a unor senzații. În general, tensiunea de aşteptare anxioasă face ca subiectul hipervigil să selecteze şi să supraevalueze semnificația unor informații care sunt posibil

nefavorabile. Acest aspect joacă un rol important şi în psihopatologia delirului. În fazele predelirante sau delirante subiectul poate selecționa, printr-o atenție focalizată, un anumit tip de informații pe care ulterior le interpretează ca semne de atitudine ostilă din partea altora. Atenția exagerată sau distorsionată acordată comportamentului altor persoane în raport cu sine, poate reprezenta şi ea o manifestare patologică; sau poate favoriza interpretări perceptive anormale. Oricum, psihopatologia „atrage atenția" asupra faptului că atenția nu are semnificație doar în raport cu o situație imediată. Este importantă şi atenția acordată atitudinilor altor persoane în raport cu sine de-a lungul unei perioade mai îndelungate de timp; şi la fel atenția acordată unei idei, unei teme ce poate preocupa subiectul.

Percepția se referă la sinteza informațiilor actuale structurate ca formă şi semnificație. Ea poate fi diminuată în depresie sau accentuată – vie şi cu multe detalii- în manie. Percepția depinde de nivelul vigilității, de concentrarea atenției, de disponibilizarea datelor mnestice şi de starea afectivă. În psihopatologie se au în vedere iluziile şi halucinațiile, care au fost discutate în capitolul sindromului de distorsiune a percepției.

Percepția are câteva domenii speciale în psihoaptologie. Unul este percepția propriului corp, care este continuă, dar de obicei neconştientă. În acest domeniu se manifestă cenestopatiile şi algia psihogenă din cadrul sindroamelor somatoforme; Limitele propriului corp sunt percepute anormal în depersonalizarea corporală şi problematizate în dismorfofobie şi obsesionalitate.

Percepția altor persoane include identificarea şi recunoaşterea lor. Psihopatologic se poate manifesta nerecunoaşterea persoanelor familiare fapt ce se întâlneşte în demență, falsele recunoaşteri din delirium şi falsele identificări de persoane, cu convingerea de substituire, ca în cazul „iluziei" (delirului) Capgras şi Fregoli, corelate sentimentului de punere sub supraveghere. De asemenea, subiectul poate percepe anormal atitudinea altora față de sine ca fiind exagerată şi nefavorabilă (în sindromul senzitiv-relațional sau de referință).

Percepția ambianței ca ansamblu e modificată psihopatologic în derealizare şi în dispoziția delirantă, care se corelează cu trăirile „de referință", în care există sentimentul

unor semnificații speciale a datelor percepute, ce vizează subiectul. În contextul dispoziției delirante e posibil ca o anumită percepție corectă formal să declanşeze, să precipite, brusc, convingeri delirante (percepție delirantă).

În cazul percepției, la fel ca în cel al atenției, se cere diferențiat între raportarea la o situație imediată şi una de mai amplă durată.

Memoria se referă la înregistrarea, reținerea şi utilizarea informațiilor de orice fel. Ea se realizează prin diverse mecanisme, între care joacă rol condiționarea clasică şi cea operantă; precum şi variate procese ale memorării voluntare. Pe lângă vigilitate, atenție şi percepție, afectivitatea joacă şi ea un rol important în memorare. Utilizarea datelor mnestice poate fi automată şi funcțională, verbală şi prin modele comportamentale; Unele aspecte ale memoriei se referă la reamintirea evenimentelor trăite (memoria episodică, biografică), iar alte aspecte se referă la informații generale (memoria nominală).

Principalul aspect psihopatologic constă în deficitul de memorie sau amnezie. Se diferențiază între : - Amnezia anterogradă sau de fixare; subiectul nu reține informațiile noi, nu le memorează şi de aceea nu le poate reproduce; - Amnezia retrogradă : subiectul uită date mnestice pe care le cunoştea, le înregistrase şi le utilizase reproductiv. Această uitare începe de la o dată anume şi se întinde înapoi spre trecut. În unele cazuri amnezia retrogradă poate progresa în direcția uitării unor perioade tot mai lungi de timp (în demență); - Amnezia lacunară : subiectul nu îşi aminteşte o perioadă delimitată de timp (zile, săptămâni) amintindu-şi ceea ce a fost înainte şi după această perioadă; - Amnezia electivă : subiectul nu îşi aminteşte dintr-o situație trăită anumite aspecte pe când altele şi le aminteşte. Fenomenele de amnezie pot fi grupate într-un sindrom amnestic care se întâlneşte în suferințe organic cerebrale: după traumatisme craniene, alte injurii cerebrale, demențe. Un sindrom special e sindromul Korsakov în care predomină amnezia anterogradă iar golurile mnestice sunt înlocuite cu confabulația.

Memoria stă la baza reprezentărilor şi a imaginației. Reprezentările mnestice se pot manifesta repetitiv, obsesiv. Imaginarul se bazează pe datele mnestice şi pe reprezentare, dar realizează o nouă sinteză, în perspectiva posibilului. În îngrijorarea

anxioasă şi în obsesie pot apărea reprezentări imaginative posibile, nefavorabile şi nedorite. Pe baza imaginarului apar confabulaţiile şi mitomania. Confabulaţia poate juca un rol şi în construcţia unor deliruri (delir parafreniform).

Gândirea constă în procesul cognitiv al rezolvării de probleme dar şi al formulării de probleme, de iniţiere a unor noi idei. Ea este un proces discursiv, ce se desfăşoară după legi logice şi implică limbajul, atât prin sintaxa cât şi prin semantica acestuia. Gândirea se detaşează de pe fondul unui „curs al gândirii", ce se desfăşoară în timp. Tulburările formale ale gândirii au fost comentate în sindromul dezorganizării ideo-verbale.

Gândirea se desfăşoară lent şi dificil în depresie. În manie există o accelerare a cursului ideativ şi o „fugă de idei", gândirea neputându-se finaliza şi verbaliza datorită vitezei desfaşurării ideaţiei (presiune ideativă).

Procesul de gândire se corelează cu conţinutul structurat al cunoştinţelor, cu atitudinile, părerile şi convingerile subiectului. Convingerile aberante şi rigide, care îngustează viaţa psihică a subiectului, se manifestă ca ideaţie supraevaluată (prevalentă) sau delirantă. Aceasta poate fi formulată într-o „temă" delirantă care exprimă raportarea subiectului la lume şi la alţii.

În mod normal subiectul resimte că el este autorul gândurilor sale şi că poate păstra doar pentru sine, în intimitatea sa, unele gânduri, fără ca alţii să le cunoască. Când această trăire e perturbată, se manifestă sindromul de transparenţă influenţă.

Tot corelat cu procesul de gândire se desfăşoară şi evaluările. Acestea se pot referi la situaţii şi la persoane. Evaluarea de sine este nefavorabilă în depresie şi pozitivă în manie. Evaluarea şi considerarea altora ca persoane ostile, agresive, este o caracteristică a trăirii paranoide.

În mod normal subiectul evaluează consecinţele actelor sale pentru sine şi pentru alţii, din perspectiva normelor sociale şi a valorilor. Această evaluare, care constituie discernământul, poate fi deficitară şi perturbată în demenţă, în deficitul de autocontrol al impulsurilor şi în manie. Între intenţia – sau ideea - de a acţiona într-o anumită direcţie şi într-un anumit fel şi acţiunea propriu-zisă, se interpune în mod normal motivaţia; urmează acţiunea propriu-zisă şi evaluarea acesteia, fapt ce implică şi o autoevaluare a

subiectului, în calitate de autor al actelor sale. În psihopatologia obsesivă întâlnim fenomenul „fuziunii act-gândire” în cadrul căruia subiectul are sentimentul că a şi efectuat un act la care doar s-a gândit, pe care doar l-a intenționat; este evidentă în acest caz o prăbuşire a arhitecturii desfăşurării fireşti a drumului de la intenție la act şi la evaluarea acestuia.

Funcțiile dinamizante „conative”

Funcțiile dinamizante gravitează şi ele în jurul sinelui reflexiv şi conştient putând fi rezumate astfel:

tendințe pulsiuni instincte	afectivitate	**SINE**	aspirație socială	aspirație valorică

Pulsiunile instinctive la om joacă un rol direct mult mai mic decât la animale. În determinarea acțiunii ele nu se mai constituie în modele comportamentale adaptative pentru specie. La om viața instinctivă gravitează în jurul unor tensiuni pulsionale care dinamizează subiectul în vederea satisfacerii unor nevoi corporale cu orientare relațională. Aşa sunt foamea şi erotismul sexual. Agresivitatea instinctivă se manifestă la om ca energie de realizare şi afirmare, care poate devia însă în comportamente distructive. Instinctul matern favorizează îngrijirea copilului. În primele luni şi în primii ani de viață, o serie de modele înnăscute de raportare şi comportament „de model instinctiv” deschid calea interrelaționării copilului cu adultul şi a dezvoltării sale.

Pulsiunile instinctive la om sunt filtrate şi integrate de afectivitate şi de cogniție, fiind integrate în comportamentul socializat şi ghidate de valorile socio-culturale.

În perspectivă psihopatologică se întâlnesc comportamente instinctive, particulare, care deviază de la standardele obişnuite şi „naturale” pentru psihismul uman determinat socio-cultural, scăpând controlului voluntar şi filtrării superioare prin nivelul

afectiv şi cognitiv raţional al conduitei socializate; şi care ajung să aibă consecinţe nocive. De obicei aceste „tulburări instinctive" sunt integrate în sindroame complexe.

În perspectiva pulsiunii alimentare se întâlneşte inapetenţa, în sensul reducerii apetitului alimentar cu scădere în greutate, ca o caracteristică a depresiei. Polifagia (hiperfagia) constă din alimentare frecventă şi crescută cantitativ şi insuficient controlată; ea poate fi, dincolo de un obicei şi un stil comportamental, o expresie a anxietăţii sau a tensiunii disforic-iritabile, a unei agresivităţi parţial reţinute. Şi unele forme atipice de depresie se pot însoţi de hiperfagie şi îngrăşare. Ea e prezentă şi în sindromul Klein-Levin, condiţionat de disfuncţii diencefalice. Bulimia nervoasă, care constă în consumul impulsiv al unor mari cantităţi de alimente în timp scurt, este un comportament datorat insuficientului control al impulsurilor. Anorexia nervoasă constă din comportamentul de reducere voluntară a aportului alimentar, cu intenţia de a slăbi sau de a nu creşte în greutate. Se constituie ca un sindrom aparte, frecvent la tinerele fete. Dorinţa de a menţine o siluetă subţire şi refuzul creşterii se instituie ca o idee supraevaluată sau delirantă şi conduce la comportamente ca: purgaţia, vomismente provocate, exerciţii fizice excesive, medicaţie catabolizantă. În stările de stupor depresiv, cataton se poate ajunge la refuz alimentar. Se mai menţionează „pica", comportament de ingestie a unor substanţe nealimentare, ce se întâlneşte la unii deficienţi mentali gravi, în demenţe sau psihoze schizofrene profund dezorganizante.

Comportamentul sexual, deşi condiţionat genetic instinctiv are la om o mare complexitate, fiind în mare măsură reglementat social prin interdicţia incestului, reguli de pudoare, normativitatea vieţii de familie. Se distinge între apetitul sexual –libido- şi actul sexual ce poate fi executat în raport cu diverşi parteneri şi în variate modalităţi. Comportamentul sexual deviant poate fi încadrat în unele sindroame, dar în mare măsură se înscrie în grupajul comportamentelor impulsive sau compulsive, apărând la persoane dizarmonice în cadrul tulburărilor de personalitate. Psihopatologia sexualităţii se poate constitui ca un grupaj sindromatic special.

O reducere a libidoului şi o inhibiţie a comportamentului sexual e prezentă în depresie. Acestea sunt perturbate şi în anxietate, la bărbaţi apărând frecvent ejaculare precoce. Impotenţa masculină şi frigiditatea feminină pot fi simptome ce se cer abordate

separat, putând avea şi condiționări organice. În manie, atât libidoul cât şi comportamentul sexual sunt crescute, dezinhibate, uneori producându-se în stil indecent, cu încălcarea convențiilor sociale. În schizofrenia dezorganizată, dar mai ales în demență, comportamentul sexual poate fi lipsit de pudoare. Ca obiect sexual anormal se are în vedere, în primul rând, autoerotismul cu autoexcitare şi masturbare, care la băieți e parțial fiziologică în adolescență; la bărbați poate apare şi în condiții de necesitate (frustrarea timp îndelungat de parteneră). În sindromul obsesiv-compulsiv, masturbarea este mult problematizată moral de subiect. Partenerul poate fi o persoană cu mult mai în vârstă – gerontofilie - sau mult mai tânără, chiar copil - pedofilie. Ultimul caz ridică probleme juridice şi morale. Se mai descriu cazuri aberante de relații cu animalele – zoofilie - şi cu cadavrele - necrofilie. Un grupaj particular de comportamente sexopate se referă la cazurile în care excitația sexuală se realizează doar în condiții speciale: - voyeurismul, când subiectul se excită la vederea scenelor pornografice; - fetişismul: excitarea se produce la atingerea unor obiecte, mai ales de îmbrăcăminte, ce aparțin sexului opus; - travestitismul: excitația e produsă prin îmbrăcarea în haine ale sexului opus, etc. Clasic se mai descrie şi exhibiționismul, ce constă în expunerea zonelor sexuale în public, însoțită de obicei de masturbație. În toate aceste direcții anormalitatea e circumscrisă şi de permisivitățile, obiceiurile sociale.

O problemă specială e ridicată de identitatea sexuală, capitol în care se menționează transexualismul. Acesta constă în sentimentul unei identități sexuale opuse celei corporale şi sociale, cu solicitarea insistentă de schimbare a acestora pentru a obține o nouă identitate sexuală. Problematica ține în mare măsură de identitatea persoanlă, fiind comentată şi diagnosticată ca atare în ICD-10 F. O alta problemă specială o constituie homosexualitatea care constă în orientarea sexuală, afectivă şi erotică, spre persoane de acelaşi sex. În prezent, în mare parte din țări, fenomenul nu e considerat ca ținând de psihopatologie, mai ales dacă e vorba de homosexualitate egosintonă.

*

* *

În privința agresivității aceasta are are la om în primul rând un sens pozitiv, de energie realizatoare şi de asertare. În plus, ea este în mare măsură socializată, manifestându-se prin limbaj şi prin acte sociale (politețe, ritualuri). Manifestarea psihopatologică a agresivității poate fi considerată aceea care constă într-un comportament distructiv, nociv şi dezorganizant. Aceasta se poate manifesta interpersonal, în stil biologic, prin lovituri, leziuni, crimă. Poate apare în sindromul insuficienței de autocontrol al impulsurilor, dar e posibilă şi în cel dezorganizant. Ea se manifestă şi în mod general față de ambianță, prin distrugerea nediferențiată a tot ceea ce se întâlneşte în jur (comportament „clastic"). Se manifestă în stări de delirium sau în stări de dezorganizare psihică, mai ales însoțite de delir paranoid (în schizofrenie).

Autoagresivitatea se manifestă prin autolezare, tentative suicidare şi suicid realizat. Primele două se manifestă în sindromul impulsiv, ultimul mai des în depresie.

Reducerea instinctului matern se poate manifesta în depresie în sindromul apato-amotivațional. În anxietate şi tulburări obsesiv-compulsive, comportamentul mamei şi al părinților în general, față de sugar, e distorsionat.

*

* *

Afectivitatea reprezintă un alt aspect al psihismului cu valențe dinamizante. Ea se manifestă ca emoții, dispoziție afectivă, stări de afect, afectivitate interpersonală, afectivitate corealată valorilor.

Emotivitatea are un mecanism comun omului şi animalelor. Emoțiile sunt trăiri paroxistice declanşate de semnificația evenimentelor informaționale şi constau dintr-un sentiment subiectiv special, o modificare a vigilității conştiente şi a stării corporale. atât în planul fenomenelor neurovegetative, cât şi motorii. La om se mai menționează emotivitatea socială, ce se declanşează la contactul cu persoane necunoscute, sau în condițiile manifestării în fața unor persoane puțin cunoscute, care urmează să aprecieze subiectul. Emoția de spaimă constituie schema după care se desfăşoară atacul de panică. Emoția socială constituie modelul după care se desfăşoară fobia socială. Emoțiile în general, mai ales cele negative constituite de frustrări, pierderi, devalorizări ale persoanei, stau la baza fenomenelor conversive şi a stărilor disociative de conştiință

(stări crepusculare, fugi psihogene). Emoția de furie, condiționată de o confruntare tensionantă cu altă persoană reală sau imaginară, stă la baza comportamentului exploziv. Lipsa capacității de a se emoționa se întâlneşte în sindromul apato-amotivațional. Instabilitățile emotive se întâlnesc la unele persoane dizarmonice. În general, emoțiile joacă un rol în medicina psihosomatică.

Dispozițiile afective constau din atitudini de fond, care durează o perioadă mai lungă şi condiționează în ansamblu stilul raportării subiectului la lume şi la alții. Ele se corelează cu o rezonanță afectivă specifică în trăirea subiectivă a persoanei. Aşa sunt dispozițiile: anxioasă, tristă, euforică, iritabilă, de ostilitate, apatică. Ele reprezintă elementul central al unor sindroame majore ca: sindromul anxios, depresiv, maniacal, paranoid. Dispoziția ce constă în indiferență generalizată stă în spatele sindromului apato-amotivațional.

Starea de afect susține un comportament intens motivat afectiv şi centrat pe o anumită direcție. În normalitate se vorbeşte despre pasiuni. În psihopatologie poate surveni comportamentul de gelozie sau de ură împotriva cuiva. Într-un sens mai restrâns se vorbeşte de afect psihologic în legătură cu un comportament cu o motivație intens agresivă, care reduce participarea rațiunii, de ex. acțiunea de răzbunare, foarte puternică încărcată afectiv, în contextul geloziei.

Afectivitatea interpersonală se desfăşoară în normalitate în cadrul ataşamentului, prieteniei, dragostei, dar şi a resentimentului şi urii față de cineva. Lipsa acesteia se constată în sindromul apato-amotivațional, iar accentuarea ei se poate manifesta ca instabilitate afectiv relațională la tulburarea de personalitate borderline. Ea poate conduce şi la comportamente prevalențiale sau marcate de afect psihologic. Afectivitatea marcată de valori se manifestă prin ataşamentul față de entități abstracte; De exemplu dragostea de țară, de o anumită ideologie sau concepție față de lume. Ea poate motiva omul normal în realizarea multor acte cu sens.

*

* *

Aspirația socială contribuie şi ea ca un important factor motivațional, la derularea vieții normale a persoanelor. Omul este o ființă prosocială, astfel încât simplul

fapt de a fi în contact cu alți oameni constituie o necesitate. Sociabilitatea e crescută în sindromul maniacal şi în cel anxios, în ultimul subiectul simțindu-se mai protejat în prezența altora. Sociabilitatea e scăzută în depresie şi sindromul apato-amotivațional, care e centrat pe indiferență interpersonal socială. De asemenea e redusă în autism. În cadrul existenței sale grupal sociale subiectul tinde în mod firesc să se afirme, să fie ascultat, receptat, înțeles, consultat, apreciat. Diferențele tipologice dintre oameni selectează persoane care au o tendință crescută de asertivitate, cu nevoia de a se impune, de a conduce, de a dirija, şi alte persoane, cu o asertivitate mai redusă care preferă să asculte şi să fie dirijate. Această diferențiere se evidențiază în cadrul tulburărilor de personalitate prin polarizarea între persoanele antisociale şi dependente. Alte variante de relaționare interpersonală sunt reprezentate de: dorința şi tendința de a fi în centrul atenției altora (la personalitatea histrionică); dorința şi tendința de a-i ține pe alții la distanță psihologică interpersonală, printr-o atitudine oficială (persoanele anankaste), tendința de a evita manifestări publice asertive (persoane evitante). Un factor motivațional foarte puternic îl reprezintă raportarea interpersonală afectivă precum ataşamentul, dragostea, ura. Şi la fel, impresia sau convingerea că alții au o atitudine ostilă în raport cu propria persoană, de ură, persecuție; aşa cum se manifestă în sindromul paranoid. Interesul subiectului față de felul în care el se prezintă,se "arată" în fața celorlalți, e distorsionat în sindromul dismorfofobic şi sindromul anorexiei mintale; ca de altfel şi în cazul sindromului conversiv-disociativ.

Aspirația valorică motivează omul prin centrarea pe valorile de adevăr, bine, frumos. Aceasta poate să se manifeste şi în psihopatologie, dar în cadrul unei simplificări pronunțate a psihismului, cu centrarea prevalentă sau delirantă pe unele teme abstracte. Astfel, una din formele delirului monotematic poate fi centrată, în motivația afirmată de subiect, pe lupta pentru adevăr în viața socială; lupta care este însă rigidă şi nu ține cont de complexitatea vieții umane.

Perspectiva motivației, deciziei şi realizării. Pe lângă faptul că subiectul este dinamizat din interior de pulsiuni şi aspirații ce sunt filtrate de cunoaştere, el este şi influențat de instanțele sociale şi de alți oameni, prin rugăminte, recomandare, sugestie, pretenție, chemare, îndemn, ordin, interdicție, ş.a.m.d. La conjuncția acestor factori

apare motivația interioară constând din tendințe, atitudini, intenții, care se traduc în opțiuni şi proiecte de acțiune. Motivele concurente sunt evaluate, mai mult sau mai puțin conştient, ajungându-se prin deliberare la o decizie şi la un proiect care este realizat, în etape, până la finalizare, printr-un comportament efectiv, realizator. Pentru om realizarea, este atât comportamentală cât şi lingvistică sau expresivă.

În psihopatologie toate aceste aspecte pot căpăta o pondere şi o modalitate de manifestare diferită de cea obişnuită.

Decizia poate fi dificilă sau imposibilă. Nehotărârea patologică se întâlneşte în obsesionalitate, dar şi în depresie şi sindromul abulic. Indecizia se poate însoți de ambitendență: subiectul proiectează două acțiuni contrarii şi începe execuția fiecăreia fără a le finaliza. Se poate ajunge la imposibilitatea deciziei, fapt ce se întâlneşte în sindromul apatic amotivațional, când subiectul nu poate trece la act şi executa acțiunile pe care le proiectează (avoliție).

În obsesionalitate apare uneori tendințe de a efectua un act cu care subiectul nu este de acord şi împotriva căruia luptă; în final el poate ceda dar, executând actul respectiv doar simbolic. Comportamentul compulsiv ce se corelează cu obsesia este executat fără intenția şi dorința subiectului,care îşi dă seama de aspectul său excesiv, neadecvat sau absurd; dar el detensionează pentru moment starea neplăcută indusă de obsesie. Aşa este spălarea pe mâini, ordonarea unor obiecte, verificările repetate. Comportamentul impulsiv constă în scurtcircuitarea deliberării, subiectul trecând la act imediat ce apare impulsul, căruia nu i se împotriveşte. El aderă pentru moment la comportamentul respectiv care-i poate procura satisfacție, chiar chiar dacă ulterior regretă. Aşa este bulimia, cleptomania, jocul de noroc patologic. În cazul comportamentului exploziv, subiectul răspunde agresiv, fără să delibereze, la incitații minime din partea altei persoane.

Comportamentul poate fi anormal în sensul că se desfăşoară foarte rigid, conform unor algoritme dinainte fixate. Sau el progresează încet datorită unor permanente reluări şi se finalizează cu greu, cu verificări repetate, datorită dorinței de perfecțiune (la persoanele anankaste). În alte împrejurări anormale, comportamentul poate fi susținut motivațional mai mult de afectivitate decât de rațiune, desfăşurându-şi

într-o unică direcție, fără a fi permeabil la argumente sau la dialog cu alții (comportament prevalențial catatim). Alte modificări psihopatologice ale comportamentului sunt: - Instabilitatea psihomotorie: pacientul se mişcă în permanență, nu poate sta liniştit într-un loc, deranjează pe alții şi activitățile în comun; poate fi însoțit de reacții explozive; - Neliniştea psihomotorie: subiectul nu poate sta într-un loc, are o atitudine de investigare permanentă, nu se poate relaxa; se întâlneşte în anxietate; - Agitația psihomotorie: constă dintr-un comportament fără scop care perturbă ambianța fizică şi umană; pacientul se mişcă în permanență răstoarnă obiectele, loveşte pe alți oameni. Poate apare în delirium, ajungându-se uneori la forme agresive "clastice" în care subiectul distruge în mod nediferențiat tot ce întâlneşte în jur; Agitația psihomotorie se mai întâlneşte în manie, - unde subiectul ocupă tot spațiul ce-l are la dispoziție; în catatonie - în care mişcările sunt stereotipe şi restrânse la un spațiu delimitat; - în dezorganizarea comportamentală, mai ales dacă e motivat de delir paranoid şi anxietate ostilă, ca în schizofrenie.

În perspectiva inhibiției un tablou psihopatologic important este stuporul, care constă în nemişcare, poziție fixă, subiectul fiind areactiv, fără mişcări spontane, cu mutism şi uneori opoziționism. El se opune mişcărilor imprimate, mai des la nivelul gurii (fapt ce condiționează dificultăți de alimentare). Stuporul se întâlneşte în delirium, în depresia inhibată gravă şi în catatatonie. Un sindrom psihomotor complex este cel cataton care oscilează între stupor şi o agitație specială şi alte simptome psihomotorii.

Tulburările limbajului evoluează şi se exprimă în paralel cu cele ale comportamentului realizator şi cu cele ale gândirii. O reducere cantitativă a vorbirii şi o lentoare a exprimării apare în bradipsihia depresivă. Subiectul nu vorbeşte spontan, se exprimă rar şi încet ca intensitate, cu cuvinte puține. Se poate ajunge la mutism. În schimb subiectul vorbeşte mult şi exagerat şi repede în cadrul tahipsihiei maniacale; este vorba de tahifemie şi logoree. Limbajul poate exprima o serie de tulburări formale ale gândirii precum: stereotipia în sens de repetiție identică a expresiilor; manierismul, în sens de vorbire multă cantitativ care transmite însă decât puțină informație datorită multor expresii introductive, de legătură, de politețe; - circumstanțialitatea, în sensul vorbirii ce evoluează din aproape în aproape, cu multe paranteze inutile; - deraierea, în

sensul îndepărtării de la obiectivul principal al comunicării prin paranteze şi asociații laterale; - incoerența, în sensul absenței logicii, legăturilor gramaticale şi sensului în cadrul frazei, astfel încât vorbirea nu mai poate fi înțeleasă; - "salata de cuvinte", în sensul unei vorbiri în ansamblu lipsită de legături şi semnificație; - vorbire hiperconcretă; - blocarea vorbirii; - vorbire hiperabstractă; - tulburări semantice în sensul modificării semnificației expresiilor neologisme, etc.

Vorbirea poate fi incoerentă şi în contextul stării de delirium sau a sindromului demențial, prin dezorientarea globală a subiectului şi dezordinea mnestică. Ea poate fi exprimată deficitar şi datorită unor tulburări neurologice ca dizartrie şi afazie.

Tulburările expresivității mimico-gestuale: sunt caracteristice pentru multe sindroame standard, precum: anxietatea, depresia, mania. Expresivitatea mimică este perturbată şi în delirul paranoid indicând suspiciunea; în sindromul apato-amotivațional privirea este neexpresivă, indicând golul sufletesc; - în delirium aspectul mimico-gestual exprimă dificultatea raportării la ambianță, "absența" de la împrejurările actuale, dezorientare; - în demență, privirea poate exprima golul interior şi dezorientarea.

*

* *

Simptomele psihopatologice indică şi descriu, desigur, şi aspecte ale perturbării trăirii sinelui şi ale relaționării interpersonal sociale. Acestea sunt pregnante în cadrul tulburărilor "psihotice" şi în cadrul "tulburărilor de personalitate". Acestea din urmă se caracterizează predominent prin "trăsături" anormale şi mai puțin prin "simptome".

*

* *

Abordarea semiologiei în perspective simptomelor e necesară deoarece în prezent sindroamele clinice sunt circumscrise în primul rând prin liste de simptome deşi ele evident au la bază unul sau câteva sindroame psihopatologice. De aceea principalele manuale de semiologie definesc şi descriu simptome. Listele de simptome, de obicei evaluate cantitativ, sunt importante şi pentru a urmări eficiența terapeutică prin intermediul scalelor de evaluare. De asemenea, pentru epidemiologie, pentru

identificarea precoce a tulburărilor, pentru psihopedagogie, pentru a familiariza pacientul cu primele semen ale unei eventuale recăderi. Analiza frecvenței şi apariției simptomelor stă la baza efortului actual de a diferenția subtipuri şi subclase ale diverselor entități nosologice. În sfârşit, tot listele de simptome intră în discuție pentru identificarea formelor uşoare subliminare ale tulburărilor psihice.

2.4. Subgrupaje sindromatice ca moduli semiologici

Sindroamele standard ca de exemplu depresia, care derivă din trăiri umane firești şi pe care orice om le trăieşte constant, pot prezenta o multitudine de simptome ce se întâlnesc şi în alte sindroame standard, care deci se intersectează. Astfel, în cadrul depresiei se întâlneşte, aşa cum deja s-a menționat un deficit cognitiv ce constă în deficiența concentrării şi persistenței atenției, inhibiția memoriei şi lentoarea cursului gândirii, acestea făcând ca performanțele intelectuale să fie reduse la fel ca în deteriorarea cognitivă a vârstnicilor ce evoluează spre demență, fiind deseori necesar un diagnostic diferențial. Sau, tot în depresie, există o lipsă de interes față de ambianță, cu spontaneitate, curiozitate, de propensiune spre contact interpersonal, cu retragere socială, indecizie, abulie, inactivitate şi anhedonie, la fel ca în sindromul apatic-amotivațional; Acesta din urmă se întâlneşte însă în schizofrenia deficitară, fiind necesară de asemenea o diferențiere diagnostică. Se ridică astfel problema analizei şi înțelegerii marilor sindroame şi ca rezultând din combinația unor „subsindroame" semiologice, mai complexe decât simptomele. Acestea ar putea fi denumite operațional „moduli semiologici", dar termenul de modul are un înțeles special în psihopatologia cognitivă şi evoluționistă. Alte exemple ar fi: neliniştea psihomotorie se întâlneşte în anxietate, în sindromul deficitului de atenție şi în stările hipomaniacale, în toate fiind însoțită de o hipermobilitate a atenției. Dar, de fiecare dată, sindromul în ansamblu e diferit. Stuporul, ca imobiliate în poziție fixă însoțită de areactivitate şi uneori de negativism, se întâlneşte în forme accentuate de depresie inhibată, în unele forme de delirium şi în sindromul cataton din schizofrenie. Interesante sunt „stările mixte" în care o imobilitate stuporoasă se poate însoți de accelerarea ideației, de o „fugă de idei" dde tip maniacal. Se ridică problema dacă la baza tuturor situațiilor în care apare neliniştea

motorie însoțită de hipermobilitatea atenției sau în care apare inhibiția stuporoasă nu intră în joc disfuncția aceluiaşi grupaj subsindromatic neuropsihologic ce are o valență semiologică proprie, cel puțin prin raportare la marile sindroame standard.

Perspectiva subsindromatică menționată mai sus prezintă interes atât pentru analiza şi sistematizarea semiologiei psihopatologice, cât şi pentru studierea ei în perspectivă neurofiziologică. Şi desigur pentru analiza episoadelor psihopatologice. O prezentare a semiologiei doar din perspectiva unor mari sindroame sau grupaje de sindroame standard, sau doar din cea a simptomelor, nu e destul de flexibilă. Acest fapt l-au sesizat autorii sistemului SCAN . SCAN este intrumentul oficial al OMS, de culegere a informațiilor semiologice în vederea diagnosticului. A fost publicat în 1992, pentru a servi la diagnosticarea categoriilor din ICD-10, capitolul F. Manualul de definiții cuprinde un număr mare de itemi care se referă la simptome şi care sunt cuprinse în 22 de grupe semiologice. Elementele de diagnostic ale unui sindrom standard se află uneori în mai multe grupe. Astfel, în perspectiva sindroamelor anxioase Secțiunea III se referă la îngrijorare, tensiune şi alți itemi nespecifici (subiectivi), în total 13, corelați anxietății. Secțiunea IV, intitulată ″Panică, anxietate şi fobii″ , cu 52 itemi, descrie aceste simptome din punct de vedere comportamental şi corporal. În ceea ce priveşte sindromul standard al depresiei, acesta se compune din itemi aflați în patru secțiuni şi anume: secțiunea VI, intitulată ″Dispoziție şi ideație depresivă″ (53 itemi), secțiunea VII, intitulată ″Gândire, concentrare, energie, interese″ (7 itemi), secțiunea VIII, intitulată ″Funcții corporale″ (22 itemi) şi secțiunea IX, intitulată ″Tulburări alimentare″ (19 itemi). Dar nu toți itemii din secțiunile VII, VIII, IX se aplică depresiei, iar unii se întâlnesc atât în depresie cât şi în alte sindroame standard. Sistemul, nu e deci centrat pe sindroame bine delimitate dar, nici nu e o simplă înşiruire de simptome. Grupe sau subsindroame formate din mai multe simptome, pot participa la mai multe sindroame. Se câştigă astfel o mare flexibilitate.

Merită menționat că în SCAN există o secțiune (18) distinctă de cea care se referă la deliruri, care descrie tulburări subiective ale gândirii şi experiențe de înlocuire a voinței, exprimând “sindromul de transparență-influență”. Aceste fenomene care sunt de obicei incluse în simptomele de prim rang ale schizofreniei descrise de Schneider sunt

astfel diferențiate de convingerile delirante propriu zise în care le includ psihopatologii americani. În SCAN se menționează că ele pot fi condiționate şi de tulburări organic cerebrale fapt ce sugerează o bază neurofiziologică pentru acest modul semiologic. Una din direcțiile de studiu din psihopatologie caută să identifice moduli semiologici cu bază în perturbarea structurii funcționale cerebrale delimitate. Această orientare nu anulează înțelegerea care vede în spatele marilor sindroame standard disfuncția unor moduli psihici adaptativi antropologici.

2.5. Manifestarea sindroamelor în cadrul episoadelor psihopatologice

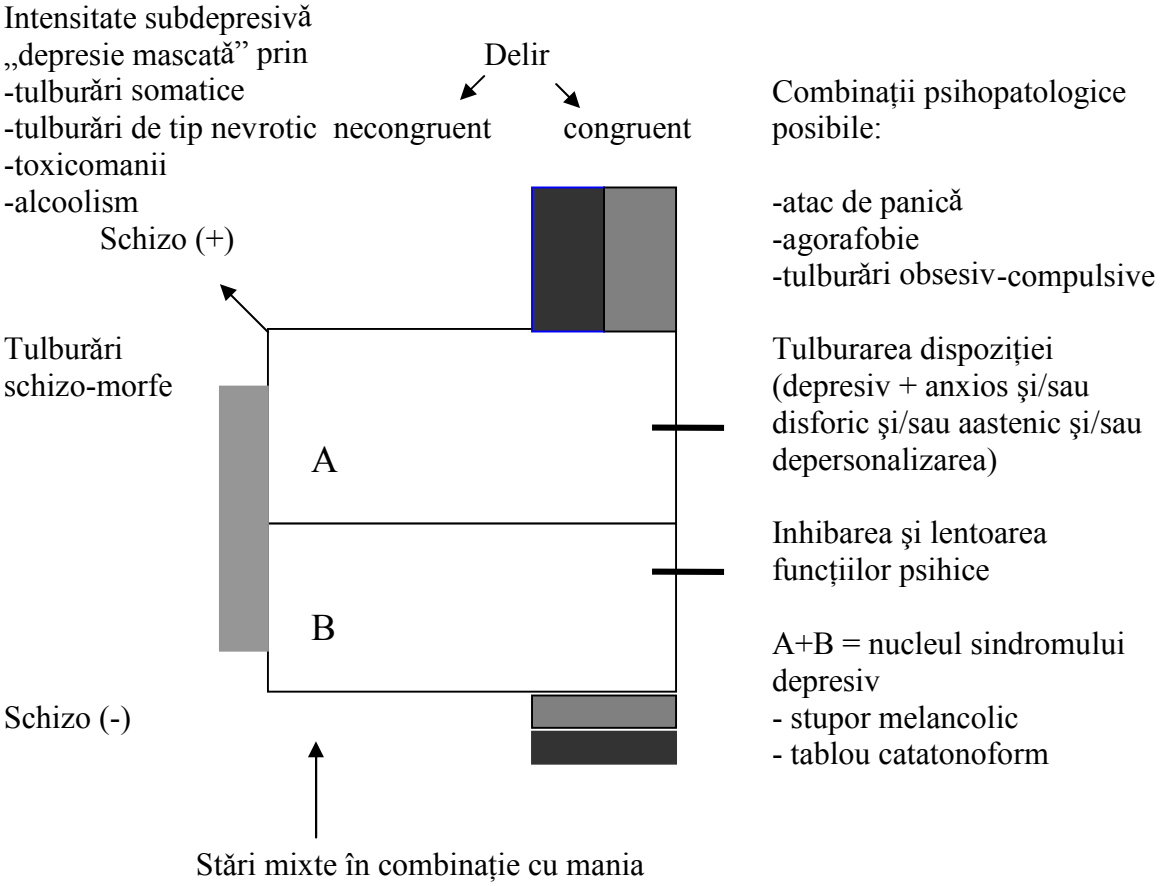
Privind din perspectiva exterioară – observațională, obiectivantă – din care e abordată această secțiune a psihopatologiei clinice. În cadrul episoadelor psihopatologice, sindroamele standard apar în diverse combinații, putând avea variate intensități. Astfel, de ex., sindromul depresiei inhibate poate avea o intensitate uşoară, medie, severă. El poate fi însoțit de importante manifestări biologice ca: inapetentă, scădere în greutate, trezire matinală şi rău matinal, spasme pe organe interne. Într-o formă extremă, inhibiția depresivă se poate prezenta ca "stupor melancolic": pacientul stă nemişcat, într-o poziție fixă şi cu o expresivitate mimică specifică (diferită de cea din stuporul cataton) nerăspunzând la întrebări (=mutism) şi opunându-se mobilizării şi alimentării (negativism). Sindromul depresiv se poate combina apoi, în altă direcție, cu sindromul de anxietate generalizată, aşa cum a fost acesta descris la sindroamele standard, în diverse intensități ale tulburării şi cu variată proportie de predominare a simptomelor din cele două sindroame. Acest aspect este avut în vedere de scalele de evaluare a depresiei, de exemplu de scala Hamilton. Uneori intersecția e aşa de pronunțată încât s-a sugerat că depresia-anxioasă să fie considerată prin ea însăşi o entitate clinică separată. În depresie poate apărea, de asemenea, o convingere aberantă, deci un sindrom delirant. Acesta poate avea o tematică "congruentă", atunci când preocupările pacientului reprezintă o accentuare gravă a ideilor de autodepreciere, vinovăție, hipocondrie, ruină. Pot fi prezente şi halucinatii, mai ales auditive, care întrețin aceste convingeri delirante. Tematica delirantă poate fi şi "incongruentă", când ea constă din convingerea paranoidă a atitudinii ostile a celorlalți împotriva sa; şi în acest caz pot apărea halucinații auditive comentative. De asemenea pot fi prezente

fenomene din sindromul de transparență-influență, idei şi manifestări bizare, proprii sindromului dezorganizării ideo-verbale şi comportamentale. În aceste ultime cazuri se poate vorbi de un episod schizodepresiv. Există şi eventualitatea în care simptome depresive se mixtează cu simptome maniacale, tablou etichetat ca „stare mixtă concomitentă".

Varietatea tabloului clinic al unui episod psihopatologic centrat de depresie este deci mare, dacă se ține seama de combinațiile sindromatice în perspectiva considerării sindroamelor standard ca realități distincte. Ea este şi mai mare dacă se are în vedere intensitatea şi durata episoadelor şi eventuala tulburare de personalitate.

Figura X

Sindromul depresiv şi mixtările sale cu alte sindroame frecvente în clinică



Şi alte sindroame standard pot apare în cadrul unui ep.pt. ca şi combinate cu altele, conducând la configurații semiologice complexe. Sindromul maniacal se poate manifesta euforic, iritabil, cu simptome comune cu depresia, în modalități delirant halucinatorii congruente şi necongruente, însoțit de fenomene de transparență influență. Anxietatea generalizată se poate combina în cadrul unui episod psihopatologic cu

atacurile de panică cu agorafobia, depresia, simptome obsesiv compulsive ş.a.m.d.. Există variante frecvente de combinate între sindroamele standard şi variante mai rare. Tulburările mintale, ca posibile realităţi nosologice independente, au în vedere anumite configuraţii sindromatice specifice bolii respective. Dar, în măsura în care sindroamele standard, aşa cum au fost ele prezentate în textul anterior, sunt parţial şi un construct teoretic, la fel sunt şi tulburările sau bolile mintale. Un anumit sindrom şi/sau o anumită configuraţie sindromatică sunt de obicei considerate ca fiind caracteristice d.p.d.v. nosologic pentru o anumită tulburare. De exemplu sd. obsesiv-compulsiv, sd. anxietăţii generalizate însoţit de atacuri de panică, sd. depresiv sau depresiv anxios. O tulburare mintală constă însă, în principiu din succesiunea a mai multor ep.pt., de ex. depresive, depresiv-anxioase, depresive şi maniacale, depresive însoţite de delir paranoid halucinator etc. D.p.d.v. clinic se ridică deci problema ca simptomatologia unui ep.pt. să fie comparat cu altele, ce au avut loc la aceeaşi persoană. Sau să se analizeze în ce măsură el e predictiv pentru o anumită evoluţie nosologică. Din această perspectivă se ridică problema comorbidităţii şi cea a spectrelor nosologice, care urmează să fie comentată.

Semiologia psihopatologică, aşa cum se manifestă ea în cadrul unui ep.pt., este esenţială pentru identificarea şi comentarea tulburării mintale. Dar acesta din urmă nu se reduce nici a semiologie, nici la un unic episod psihopatologic. De aceea abordarea semiologică a psihopatologiei clinice, care este punctul de plecare al acestei ştiinţe, nu este şi capătul ei. Iar modul de abordare didactic-exterior al semiologiei deşi e absolut necesar, se cere urmat de la un moment dat şi de alte abordări şi înţelegeri.

Un episod psihopatologic este prin definiţie limitat în timp, la fel ca trăirile episodice ale omului normal care sunt articulate cu împrejurările vieţii. Spaima e o trăire paroxistică la fel ca şi atacul de panică. Doliul este o trăire ce durează mai mult, la fel ca şi episodul depresiv. În anumite împrejurări omul se teme de anumite situaţii la fel ca şi fobicul care evită obiectele fobogene. Desigur, există frici care şi în normalitate durează o viaţă întreagă, în mod similar cu faptul că unele fobii sunt persistente. Comparaţia cu normalitatea se poate menţine însă doar până la un punct, deoarece mare parte din episoadele psihopatologice se instalează şi se menţin cu o condiţionare exterioară

insuficient de clară din partea contextului ambiental, a evenimentelor trăite. Şi la fel, durata lor nu rezultă totdeauna comprehensibil din împrejurările şi trăirile subiectului.

Durata episodului psihopatologic are un rol important, alături de simptomatologie şi condiționările detectabile, în definirea cadrelor nosologice. Acest fapt este precizat în sistemele standardizate de diagnostic DSM IV TR şi ICD-10. Pentru exemplificare se pot invoca criteriile de diagnostic a tulburărilor dispoziționale.

Pentru diagnosticarea episodului depresiv major se cere în DSM-IV TR o durată minimă de 2 săptămâni. Dacă simptomatologia durează peste 2 ani se optează pentru cronicitate. Dacă durata e mai scurtă de 2 săptămâni se etichetează tulburarea depresivă minoră; iar dacă un astfel de episod psihopatologic durează între 2 zile şi 2 săptămâni şi se repetă cel puțin odată într-un an, eticheta e de tulburare depresivă scurtă recurentă. Ultimele două eventualități sunt încadrate la un alt cod numeric decât "episodul depresiv major". O tulburare depresivă identificabilă dar de o intensitate care permite activitatea şi viața socială şi care durează 2 ani este diagnosticată ca Tulburare distimică. Episodul maniacal e caracterizat printr-o durată minimă de 1 săptămână; şi la fel episodul mixt. Episodul hipomaniacal are nevoie de 4 zile pentru a fi diagnosticat. Tulburarea ciclotimă pretinde ca în decurs de 2 ani să fie prezente "numeroase" perioade cu simptome hipomane şi cu simptome depresive dar care să nu întrunească criteriile pentru episodul depresiv major. Tulburarea cu cicluri rapide e diagnosticată dacă există cel puțin 4 episoade de tulburare a dispoziției în ultimele 12 luni.

Precizarea duratei e definitorie nu doar pentru tulburările dispoziției afective. Astfel în DSM-IV-TR se menționează Tulburarea psihotică scurtă care din punct de vedere semiologic se caracterizează prin deliruri, halucinații, vorbire şi comportament dezorganizat sau cataton, cu durată între 1 zi şi 1 lună. În ICD-10 e descrisă o Tulburare psihotică acută şi tranzitorie cu aceeaşi simptomatologie dar cu o durată de până la 3 luni. La aceasta debutul este deobicei acut în mai puțin de 2 săptămâni, o variantă fiind cu debut abrupt sub 48 ore. Dacă durata este de peste 3 luni diagnosticul se schimbă în cel de tulburare delirantă persistentă. Dacă sunt prezente şi simptome de tip schizofren durata urmează să fie pentru acest diagnostic sub 1 lună, altfel formulându-se diagnosticul de schizofrenie.

Tulburările diagnosticate pe baza acestui criteriu al timpului, se dovedesc a fi entități clinice diferite în perspectiva evoluției şi prognosticului. Intervin desigur şi factori etiopatogenici, în măsura în care pot fi identificați iar corelația demonstrată. Astfel în DSM-IV TR sunt menționate tulburările de dezadaptare care apar în contextul unor stresori psihosociali, deobicei cu un tablou depresiv anxios, emoțional sau comportamental. Se cere ca tulburarea să apară în cursul primelor 3 luni de la începerea acțiunii stresorilor şi să dispară cel târziu până la 6 luni de la încetarea acestora. Se acceptă de asemenea ca o posibilă condiție patologică o formă accentuată de doliu care se menține peste 2 luni de la pierderea unei ființe iubite.

Termenele menționate mai sus au, desigur, o cotă parte de arbitrar. Ele indică însă un dinamism propriu care susține şi caracterizează unele stări psihopatologice. Acesta nu mai e, în esență, condiționat şi influențat din exterior. O stare patologică depresivă, maniacală sau delirantă se caracterizează tocmai prin rigiditatea sa, prin faptul că subiectul e decontextualizat, că el nu-şi mai modelează starea afectivă, opiniile şi comportamentul în raport cu situațiile exterioare. Dacă e maniacal, el rămâne vesel şi în împrejurări triste, dacă e depresiv nu e dinamizat de contexte favorabile. Această relativă sau pronunțată independență față de mediul exterior, sugerează intervenția unor biopsihoritmuri interioare.

Un episod psihopatologic prezintă în mod curent şi o dinamică în timp. El are un început, o perioadă de manifestare maximă, în final, producându-se remisiunea. Adică revenirea persoanei la nivelul anterior de bogăție şi nuanță a trăirilor, de stil de manifestare, şi de performanță. Pe percursul episodului psihopatologic subiectul se află într-o perioadă anormală de minus psihologic, existența lui e mai puțin bogată, mai restrânsă, diminuată de simptomatologia psihopatologică care-l face să sufere mai mult, să funcționeze deficitar şi să se comporte dezadaptativ, uneori riscant, pentru sine şi pentru alții. Remisiunea după episodul psihopatologic poate fi completă sau cu deficit clinic sau funcțional. Dispariția la un moment dat a simptomatologiei nu înseamnă totdeauna remisiunea sa în fapt, deoarece poate persista o perioadă de vulnerabilitate crescută în care manifestările clinice pot reapărea, uneori fără o cauză evidentă. Motiv pentru care tratamentul trebuie prelungit deseori o perioadă mai lungă de timp.

Un comentariu ca cel de mai sus este specific psihopatologiei clinice neokraepeliene care consideră tulburarea mentală o entitate distinctă de persoană. Deci şi de temporalitatea ei intrinsecă; de parcursurile existenţiale, ale proiectelor, reacţiilor, evenimentelor. Dacă se încearcă o articulare între dinamismul temporal propriu al existenţei persoanei şi cel propriu stărilor psihopatologice care o afectează, apar probleme suplimentare, care au preocupat psihopatologia clinică tradiţională şi merită să o preocupe şi pe cea actuală.

*

* *

2.7. Instalarea episodului psihopatologic. Prodromul

Instalarea unui episod psihopatologic poate fi mai rapidă sau mai lentă, ca peste tot în medicină.

Instalarea rapidă poate fi uneori însoţită de împrejurări care sugerează sau definesc o etiopatogenie. O stare de delirium halucinator apărută in context febril infecţios sau la un dependent de alcool cu consum crescut este edificatoare pentru etiologiile respective. La fel, o reacţie acută de stres imediat după o pierdere importantă. Alte ori legătura între evenimentul somatic sau psihosocial şi starea psihopatologică deşi poate fi identificată, e mai puţin lămuritor. După o naştere poate apare o stare depresiv obsesivă sau un bufeu paranoid. După o spaimă, după o pierdere poate apare însă şi un ep.pt. maniacal, caz în care evenimentul apare ca declanşator.

În multe cazuri avem un debut brusc sau rapid fără a se identifica evenimente deosebite sau condiţii cauzale evidente. Astfel o psihoză halucinator delirantă se poate instala abrupt, în 48 ore sau rapid în 1-2 săptămâni, fără nici un eveniment precursor. În cazurile în care există evenimente dar legătura nu e comprehensibilă – cum ar fi declanşarea unei stări maniacale sau paranoide după un traumatism cranian – faptul poate sugera o vulnerabilitate specială a persoanei în anumită direcţie.

În unele cazuri de debut aparent brusc, la o analiză mai atentă se poate identifica o fază pregătitoare. La apariția bruscă a unui atac de panică în aglomerație, se poate eventual identifica o perioadă prealabilă mai puțin specifică, de oboseală, tensiune, dissomnie, iritabilitate. Sau, se pot identifica perioade anxios fobice în antecedente.

În toate cazurile în care ep.pt. se instalează rapid sau brusc, este utilă o analiză de ansamblu a personalității, a încărcăturii genetice, a structurii caracteriale, a biografiei, a perioadei de viața prin care subiectul trece, a stării sale din ultimele săptămâni, eventualul cumul diacron a unor evenimente de viață deosebite. (Această problemă a fost deja sesizată în cap.1, 1.5.).

De multe ori ep.pt. debutează lent progresiv astfel încât trece mult timp, săptămâni şi luni de zile, până când tulburaea capătă o intensitate clinică şi pacientul ajunge să fie consultat de psihopatolog. Aceasta e o situație frecventă în multe stări depresive, anxioase, addictive dar şi psihotice. Intră în discuție mai multe probleme.

O posibilitate e ca debutul lent, de exemplu a unei depresii, să se desfăşoare astfel încât nici subiectul şi nici cei din jur să nu se sesizeze datorită schimbărilor lente şi creşterii progresive a intensității simptomelor. Uneori, pacientul şi familia se concentrează aspra simptomelor somatice – inapetență, scădere în greutate, constipație, cenestopatii, astenie – cu repetate consulturi medicale. Faptul e valabil şi pentru evoluția lentă a tulburării anxioase, atunci când consulturile sunt mai frecvente la cardiologie. În aceste cazuri s-a vorbit de depresie mascată şi de anxietate mascată. Uneori, respectivele episoade de pot remite fără a se ajunge la o tulburare psihopatologică majoră. În cazul unor psihoze, mai ales a schizofreniei, e posibilă de asemenea o dezvoltare lent progresivă a bolii, cei din jur nesesizându-se datorită faptului că pacientul avea şi înainte o fire retrasă; şi în plus, datorită lipsei de insight, el nu acuză o stare de boală. Şi în cazul patologiei obsesiv-compulsive avem o lungă evoluție a tulburării până la contactul cu psihopatologul pacientul ruşinându-se de simptomatologia sa sau neputându-se hotărâ să consulte specialistul.

Cazurile menționate mai sus conduc la situația că unele stări psihopatologice sunt depistate tardiv. E vorba mai ales de patologia „internalizată”, cea care se exprimă predominând prin simptome subiective iar comportamental prin retragere socială. În

toate aceste cazuri e deseori dificil să se stabilească momentul din trecut când intensitatea simptomatologiei a devenit serioasă, de „intensitatea clinică”. Situații asemănătoare sunt prezentate în tulburările addictive şi în comportamentele impulsive, deoarece pacientul nu acceptă consultul. Majoritatea cercetărilor actuale atrag atenția că, cu cât e mai lungă perioadă nedepistată şi netratată a tulburării, cu atât prognosticul e mai rezervat; sau tratamentul episodului trebuie să fie mai intens şi mai prelungit.

Comentariul de mai sus aduce în discuție două aspecte mult studiate în ultimul timp pe marginea psihozelor. Pe de o parte, existența unei perioade incipiente, cu simptomatologie subclinică; pe de altă parte, existența unei perioade clinice, care ar necesita tratament, dar care nu ajunge în vizorul specialiştilor. Pentru psihoză, ultimul aspect a fost numit „perioada psihozei netratate” (DUP – Duration of Untrated Psychosis). Primul aspect, cel al stărilor subclinice, interesează şi el mult psihopatologia actuală, mai ales că acestea se pot remite spontan şi se pot repeta de mai multe ori în viață. Astfel de exemplu, episoade recurente de depresie minoră dacă sunt depistate la timp merită atenție pentru a nu evalua spre o tulburare depresivă recurentă. În toate domeniile menționate mai sus sunt posibile asfel de stări subclinice care se repetă. Unele din ele sunt chiar probleme nosologice, aşa cum e de exemplu ciclotimia, care constă în repetarea unor episoade hipomaniacale şi subdepresive. Prezenta ciclotmie în antecedentele unei persoane face ca un episod depresiv, să indice o evoluție spre bipolaritate.

Între manifestările psihopatologice minore, subclinice şi stările propriu zis clinice dar încă nedepistate, în domeniul studierii psihozelor se comentează în ultimul timp „prodromul psihotic”. Atenția în această direcție a crescut în ultima perioadă odată cu studiile sistematice privitoare la „primul episod de psihoză” sau „psihoză timpurie” („early psychosis”) pe care le-au inițiat echipele lui McGorry şi McGlosen.

Conceptul de „prodrom psihotic” e legat şi de ideea de vulnerabilitate crescută față de psihoză. Starea prodromală este o stare în care sunt prezente unele simptome psihotice de intensitate mică sau medie, cu o durată variabilă; dar ansamblul clinic nu are suficiente elemente semiologice pentru a se pune un diagnostic de psihoză după criteriile clinice recunoscute. În mare parte din cazuri simptomatologia prodromală se

accentuează progresiv, riscul pentru psihoză creşte şi în final se ajunge la o tulburare psihotică, uneori definibilă ca schizofrenie. Prodromul psihotic poate fi deci identificat retrospectiv dar şi direct, urmând să fie monitorizat prospectiv. Odată cu această concepție s-a ridicat problema necesității şi utilității intervenției în faza prodromului. Şi desigur, cea a unui diagnostic cât mai nuanțat şi adecvat. A fost lansată şi ideea unor stări prodromale „cu risc foarte mare" pentru psihoză şi s-au elaborat instrumente de diagnostic în acest sens. Un astfel de instrument este de ex. SIPS, conceput la New Haven de echipa condusă de McGlashan (Structured Interview for Prodromal Syndromes). Psihoza se defineşte când există un anumit grad de intensitate şi o anumită durată a simptomatologiei, riscul psihotic fiind condiționat de o serie de factori. De exemplu intensitatea simptomelor se evaluează pe o scară de 6 nivele, avându-se în vedere : conținutul neobişnuit al gândirii (incluzând şi ideile de prim rang Schneider), suspiciune/persecuție sau gradiozitate delirantă, anormalități perceptuale halucinatorii şi/sau vorbire neinteligibilă. Durata se evaluează în ore/zi şi zile/săptămână de-a lungul unei luni. Intensitatea şi durata simptomelor se corelează cu riscul genetic cu eventualitatea unei tulburări de personalitate din clusterul A şi cu deteriorarea funcționării sociale. Dacă se identifică o stare prodromală cu risc crescut, cazul e monitorizat şi se poate încerca reabilitarea psihosocială, eventual şi un uşor tratament neuroleptic.

Atenția acordată în ultimul timp stările psihopatologice subclinice şi prodroamelor se înscriu în efortul de a promova sănătatea mentală, de a evita apariția unor tb. pt. accentuate şi invalidante şi de a le depista şi trata precoce. În toate aceste cazuri nu e vorba în sens strict de un episod psihopatologic bine definit prin criteriile de includere şi excluere pe cae le pretind manualele de diagnostic. Dar studierea şi identificarea acestei zone de patologie psihică se poate face doar dacă se acceptă că există o zonă a episodului şi a tulburării mintale clar definită.

Preocupările legate de sănătatea mintală nu se referă doar la depistarea precoce ci şi la supervizarea grupelor cu risc crescut pentru psihopatologie.Acestea pot fi identificate prin diverse criterii, de exemplu prin încărcătura genetică nefavorabilă, parcurgerea neadecvată a fazelor ontogenetice şi supunerea la stresori interni şi

persistenți. În ceea ce priveşte problematica psihozei – şi mai țintit a schizofreniei – în această direcție a identificării şi monitorizării „vulnerabilităților” s-a recurs şi la perspectiva semiologică. Şcoala din Bonn a lui Huber a elaborat în urmă cu mai multe decenii o scală de evaluare a unor „simptome bazale” care au fost constatate la unele persoane cu mult timp înainte – uneori cu ani de zile mai devreme – în raport cu apariția primelor simptome clare de schizofrenie. E vorba de o serie de simptome subiective care indică o „slăbiciune a eului”. Între acestea se pot menționa sentimente de astenie, avoliție, anxietate, depresie, tensiune interioară, distorsiuni perceptuale, cenestopatii, hipersensibilitate, trăiri relaționale. Aceste trăiri pot să nu ducă neapărat la schizofrenie. Dar cei ce le trăiesc, chiar înainte de orice prodrom psihotic, pot atrage atenția ca persoane vulnerabile. Ideea este în prezent reactualizată de şcoala din Copenhaga coordonată de Parnas.

Capitolul 3

Tulburarea de personalitate, aspect semnificativ al terenului personalistic

3.1.Introducere; 3.2. Caracterizarea generală a tulburării de personalitate; 3.3. Descrierea tipologică a tulburărilor de personalitate; 3.4. Critica viziunii neokraepeliene; 3.5. Alternativa dimensională față de sistemul categorial; 3.6. Clusterul psihopatiei; 3.7. Tulburările de personalitate în perspectiva distorsiunii unor funcții adaptative ale caracterului persoanei.

3.1.Introducere

Terenul personalistic în calitate de fundal pentru ep.pt. constă, aşa cum s-a menționat deja (1.5d) dintr-un ansamblu de elemente, între care :

- Aspectele biologice ale sexului, vârstei, geneticii, particularităților morfofuncționale ale corpului (incluzând creierul) bolile şi defectele somatice. Temperamentul e şi el în principiu inclus.

- Structura caracterială şi a inteligenței ce se dezvoltă pe baza predispozițiilor înnăscute, ca urmare a experiențelor ontogenetice formative, educative şi a evenimentelor trăite. Ajung astfel să se manifeste aptitudinile, capacitățile, competențele câştigate, creativitatea. Fondul de cunoştințe e organizat după liniile de forță a unor opinii şi credințe iar relațiile de ataşament şi cogniția socială configurează o rețea socială personală, corelată statutului şi rolului social. Concepția despre lume şi conştiința morală patronează inserția subiectului în lumea sa umană, în nişa sa ecologică culturală.

Terenul personalistic este centrat d.p.d.v. biologic – biopsihic – de corporalitate iar în perspectiva psihismului uman de către sine („self") şi persoană. Sinele se înrădăcinează în corporalitate derivând din baza biologică a psihismului uman. Dar el se structurează ierarhic ca şi protosine, sine nuclear, biografic, metareprezentațional, autonoetic, articulându-se cu instanța persoanei social-morale. Terenul personalistic, sinele şi persoana conştientă, sunt suportul identității subiectiv-obiective a persoanei, a autonomiei, originalității sale

ideografice şi a creativităţii sale. Terenul pesonalistic este şi sediul eventualelor vulnerabilităţi şi joacă un rol esenţial în etiopatogenia psihopatologică.

Elementele terenului personalistic se structurează progresiv în cursul ontogenezei. Apoi, alături de cele inevitabil fixe ca genetica şi sexul, se modifică lent. A fost menţionat în capitolul introductiv faptul că personogeneza se poate desfăşura cu probleme şi cu devianţe, fapt pe care îl studiază psihopatologia developmentală. Ea şi poate conduce la stări defective globale, ca deficienţa mentală, autismul Kanner dar şi tulburările de personalitate. Acestea din urmă interesează în mod special psihopatologia clinică, ele pretându-se la un diagnostic independent, la fel ca ep.pt. cu care se poate intercondiţiona variat. Tulburarea de personalitate (t.p.) constă în primă instanţă dintr-o disstructură a caracterului ce poate coexista cu o bună inteligenţă şi cu un fond de cunoştinţe variat. Dar datorită distorsiunii relaţiilor interpersonale, în variatele situaţii ale vieţii de zi cu zi performanţa în roluri sociale e deficitară sau problematică. Structura morală este deseori şi ea distorsionată.

Tulburarea de personalitate este abordată în ultimele decenii din perspectiva nosologiei psihiatrice, beneficiind de un diagnostic standardizat şi de proiecte terapeutice. Spre deosebire de ep.pt. ce se bazează pe sindroame, t.p. se caracterizează prin „trăsături de personalitate" disfuncţionale. Deşi primele comentarii asupra t.p. au fost făcute în mediul clinicii psihiatrice de către însăşi părintele nosologiei, Kraepelin, au existat de-a lungul timpului şi opinii diferite. Schneider, (Schneider,) care a scris prima monografie despre „personalităţile psihopate" descriind magistral şi 10 variante care şi în prezent sunt baza tipologiei în acest domeniu, opinia că acestea nu trebuie considerate în sens strict boli psihice, neavând în etiopatogenie o disfuncţie organic cerebrală. (Schneider). Ci, ele se cer înţelese ca variante caracteriologice antropologice. Această atitudine s-a reflectat în denumirile nemedicale pe care le-a dat tipurilor. O altă orientare din sec. XX a pus accentul pe disfuncţia socială a t.p, considerându-le ca „sociopatii". Această orientare a condus la circumscrierea

„clusterului" psihopatiei, oreintare funcțională şi în prezent. Concepția neokraepeliniană introdusă de DSM-III a readus însă în prim plan denumiri ale tipurilor de sorginte medico-psihiatrică, ca t.p paranoidă, schizoidă, obsesiv-compulsivă. De asemenea a fost stimulată cercetarea corelațiilor dintre tulburarea psihică episodică, diagnosticată în DSM-III-IV pe axa I şi t.p diagnosticată pe axa II.

În DSM-IV-TR diagnosticul de t.p beneficiază atât de o caracterizare generală cât şi de o circumscriere a tipurilor.

3.2.Caracterizarea generală a tulburărilor de personalitate

În manualul DSM-IV-TR, t.p, privită din perspectiva unui posibil diagnostic clinic psihiatric, e caracterizată prin următoarele criterii:

A. O organizare (un "pattern") durabilă de comportamente şi trăiri (ale personalității) care deviază considerabil de la standardele socio-culturale ce caracterizează comportamentul persoanelor într-o comunitate dată şi se caracterizează prin două sau mai multe din următoarele:

1. Deviații notabile în ceea ce priveşte perceperea şi interpretarea sinelui, a altor persoane şi a evenimentelor (aspect cognitiv)

2. Deviații notabile în ceea ce priveşte gama, intensitatea, labilitatea şi adecvarea răspunsurilor emoționale (aspect afectiv);

3. Deviații (insuficiențe) în ceea ce priveşte controlul impulsurilor,

B. Respectiva organizare este durabilă, rigidă, inflexibilă în raport cu o gamă largă de situații personale şi sociale.

C. Comportamentul şi trăirile stau la baza unei perturbări semnificative în domeniul social, profesional sau alte domenii importante de funcționare.

D. Organizarea psihică respectivă a persoanei este stabilă şi de lungă durată, iar debutul se află în adolescență sau la începutul perioadei adulte.

E. El nu e explicabil ca o consecință a unei tulburări mintale definite (a unei boli diagnosticabile).

F. El nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unor substanțe ingerate sau a unei tulburări medicale generale

Se descriu în continuare mai multe tipuri, grupate în 3 clustere:

Clusterul A cuprinde t.p paranoidă, schizoidă şi schizotipală.

Clusterul B cuprinde t.p antisocială, histrionică, borderline şi narcisică

Clusterul C cuprinde t.p evitantă, dependentă şi obsesiv-compulsivă

Mai este propusă t.p depresivă ce ar fi încadrabilă în clusterul C.Tipurile de t.p sunt concepute categorial, deci ca având profile diferite unul de altul.

În ICD-10 caracterizarea generală a t.p nu e aşa de detaliată ca în DSM-IV-TR. Numărul tipurilor e mai redus; nu e menționată t.p narcisistă şi t.p schizotipală care acum e comentată ca o tulburare separată, alături de schizofrenie. Unele caracterizări şi denumiri sunt mai mult sau mai puțin diferite. Astfel t.p borderline apare în ICD 10 subdivizată într-o formă în care predomină instabilitatea şi agresivitatea impulsivă necontrolată şi o formă dominată de deficiența identității cu sine. T.p obsesiv-compulsivă e denumită anankastă iar în caracterizarea ei sunt unele diferențe față de DSM-IV-TR: nu e menționată caracteristica de a reține excesiv lucrurile uzate şi zgârcenia,fiind în schimb indicate: pedanteria excesivă, aderența la convențiile sociale, sentimente de îndoială şi prudență excesivă, intruziunea unor gânduri sau impulsuri insistente şi supărătoare, etc. Dar principala diferență este că în ICD-10 t.p. este enumerată printre celelalte „tulburări psihice şi comportamentale” pe când în DSM-IV ea este plasată pe o axă separată de toate tulburările ce se manifestă episodic.

*

* *

Privitor la caracterizarea generală a t.p comentariile autorilor importanți în domeniu menționează: Aspectul esențial e considerat a fi disfuncția dăunătoare

(„harmful disfunction”) a sinelui în interrelația sa cu ceilalți oameni, în relațiile interpersonale cu grupul şi cu instituțiile sociale, în cadrul vieții de zi cu zi. „Semiologia” t.p se configurează aproape în exclusivitate din acest domeniu. Se întâlneşte o inconsistență a sinelui, limite difuze, lipsă de claritate şi certitudine a sinelui, autonomie insuficientă, sau dimpotrivă distorsionată, crispată.(Livesley, 1991).Aceste trăsături sunt clar evidențiabile la t.p borderline, dependentă, evitantă, obsesiv-compulsivă, histrionică, narcisică. Subiecții care prezintă t.p nu reuşesc, o bună autodirecționare (Cloninger, 1993) pe termen mediu şi lung şi prezintă dificultăți de a învăța din experiență. Comportamentul interpersonal este maladaptativ, observabil de către cei apropiați, cunoscuți şi chiar străini. (Tyrer,). E deficitară capacitatea de intimitate, prietenie, afecțiune, ataşament constant, dragoste, generozitate. Precum şi faptul de a funcționa ca o figură de ataşament pentru alții. Se întâlnesc exagerate atitudini de dominanță şi supunere, agresivitate, impulsivitate, suspiciune, conflictualitate, manipulare, indiferență. E redusă capacitatea de afiliere (evidențiabilă prin circumplexul interpersonal), cooperativitatea (Cloninger), (Cloninger, 1994) agreabilitatea (evidențiabilă prin FFM). Nu funcționeaza adecvat înțelegerea mutuală, sprijinul tacit dar real, grija autentică pentru o persoană apropiată, aflată în poziția unui „tu” aflat în dificultate. Sunt deficitare relațiile interpersonale etice, ca responsabilitatea, grija, compasiunea, mila, ajutorarea altuia. Funcționarea socială în roluri nu este nici ea stabilă şi eficientă. Se întâlneşte frecvent încălcarea normelor, legilor, acte delictuale, infracțiuni, conflicte cu autoritățile, perturbarea liniştii şi ordinii în comunitate, comportament anomic, criminalitate. Sau, situația ca partenerul să nu se poată baza pe persoana respectivă în derularea evenimentelor vieții. Desigur, nu toate tipurile de t.p prezintă aceleaşi modalități de disfuncție interpersonală şi aceleaşi probleme sociale. Perturbarea gravă a dimensiunii morale şi comportamentul criminal caracterizează predominant clusterul psihopatiei.

Se cere precizat că disfuncția dăuătoare a sinelui care este avut în vedere în definiția DSM-IV-TR şi mai sus are în vedere un nivel superior al sinelui, practic cel care se întreține cu instanța socio-valorică a persoanei. Alte nivele ale sinelui ca cel al sinelui nuclear sau a celui biografic, metareprezentațional, sunt perturbate în variate sindroame psihopatologice şi mai ales în psihoze.

Pe lângă tulburarea delimitării sinelui şi a relaționării interpersonal sociale în cazul t.p se întâlnesc şi importante perturbări a funcțiilor executive. Astfel, abulicul nu se poate hotărî singur, anankastul problematizează continuu decizia şi desfăşurarea acțiunii, depresivul e şi el ataşat de acțiune, de muncă, personalitatea borderline se caracterizează prin decizii pripite iar cea antisocială prin acțiuni controlate şi eficiente întru împlinirea unor scopuri egoist hedonice.

O altă caracteristică definitorie a t.p. este aceea că ele se manifestă în cadrul vieții de zi cu zi, prin relații interpersonal sociale disfuncționale, care persistă (Widigger 2003). Nu e vorba de o tulburare care să izoleze persoana de comunitate pentru un timp delimitat ca depresia sau deliriumul. În manualul său de evaluare a t.p., Tyrer (Tyrer,2000) insistă să se urmărească desfăşurarea vieții curente a acestora, incluzând perioadele de relaxare, odihnă, vacanță, hobby-uri, viața familială şi alături de vecini, cunoştințe, prieteni, precum şi în cadrul programelor oficiale de muncă şi afirmare socială. Pot fi semnificative modalitățile în care individul se relaționează cu alte persoane în intimitate, modul în care decurge căsnicia, felul în care îşi îngrijeşte copii, stabilitatea domiciliului şi a muncii, relațiile cu cei cunoscuți, varietatea şi profunzimea relațiilor afective.

Trăirile subiective, deşi nu sunt definitorii pentru t.p pot fi semnificative. Conform definiției clasice a lui Schneider e vorba de persoane care, din cauza caracterului lor disarmonic, fac pe alții să sufere dar suferă şi ei.

Particularitățile caracteriale tipologice ale t.p. se cer raportate constant la perturbarea generală menționată mai sus, diagnosticul fiind un demers dificil care trebuie să evalueze întreg cursul biografic, în situații cât mai variate şi din perspectiva multor persoane, foarte importantă fiind şi autoevaluarea. Se pot

distinge forme uşoare, medii şi grave. Cele grave sunt considerate acelea care sunt constant perturbatoare sau problematice pentru cei din jur, pentru societate; persoane care pot funcţiona doar în condiţii speciale de supraveghere (detenţie, spitale speciale) sau într-un mediu şi în situaţii neobişnuite. Formele uşoare ar fi acelea care, pe lângă trăsături de personalitate accentuate, prezintă probleme interpersonal-sociale doar în diverse momente şi contexte; de exemplu în familie. Suferinţa subiectivă singură, dacă nu se manifestă disfuncţional, nu e luată de obicei în considerare. Trebuie menţionat că în mod repetat s-au avut în vedere astfel de cazuri marginale sau uşoare a tulburării personalităţii. Ele au fost comentate în psihopatologia clinică germană de către Schneider, Petrilowitsch şi Leonhard – care a publicat şi o carte privitoare la „personalităţi accentuate" - sunt menţionate în DSM-IV şi au fost luate în considerare de către autorii ICD-10 în proiectul intermediar al sistemului ce a fost elaborat în 1987.

*

* *

Tulburarea de personalitate poate fi mai mult sau mai puţin compensată prin unele roluri sociale, situaţii relaţionale, fenomene transculturale. Tendinţele histrionice pot fi compensate de rolurile ce pretind hiperexpresivitate şi teatralism, cele anankaste prin roluri ce pretind organizare şi muncă, cele antisociale prin roluri în servicii speciale ale armatei. O persoană cu trăsături dependente importante poate fi compensată cât timp trăieşte lângă o persoană dominatoare şi se decompensează când aceasta dispare. Unele tendinţe schizoide şi schizotipale pot fi compensate în medii monahale. Populaţia penitenciarelor reuneşte şi ea multe persoane cu t.p. Cei ce se angajează în sporturi extreme îşi pot compensa astfel multe tendinţe excentrice ale personalităţii. Războiul, revoluţiile, bandele de infractori, etc pot compensa sau masca t.p cu caracteristici psihopate. În măsura în care acestea sunt accentuate, compensările respective sunt şi ele parţiale în sensul că, chiar în grupurile şi situaţiile

respective, persoana apare ca excentrică, ridicând probleme de adaptare. În sfârşit populaţia ce ajunge în contact cu serviciile medicale de diverse specialităţi se pare că reuneşte şi ea mai multe persoane cu tulburări de personalitate decât populaţia generală.

Observaţiile de mai sus readuc în discuţie faptul, remarcat în mod constant, că ceea ce psihopatologia clinică decupează şi defineşte ca t.p corelând-o cu anumite episoade şi tulburări psihice, este o realitate antropologică mai largă. Tradiţional de această zonă s-a preocupat şi caracteriologia şi sociologia. Şi în prezent ramura psihologiei care se ocupă de caracteriologie are un câmp larg de colaborare cu cei ce studiază t.p din perspectivă medico-psihiatrică. Şi de asemenea sociologii care se ocupă de grupurile anomice sau de subgrupe populaţionale speciale, care îşi au locul lor în structura socială. Exploratorii temerari, colecţionarii împătimiţi, monahii singuratici, actorii ce întreţin spectacolele, toţi muncitorii hipercumînţi şi hipersupuşi din diverse sectoare, nu au de ce să intre automat sub eticheta de t.p. Şi la fel nici toţi infractorii, homelessii, toxicomanii sau oamenii penitenciarelor. Orice ştiinţă citeşte realitatea prin filtrul unui limbaj conceptual, cu ochelarii definiţiilor pe care le dă unor zone de realitate obiectivă. Bolile medicinii şi tulburările psihice şi mintale ale psihopatologiei clinice, în calitatea lor de părţi ale ştiinţei medicale şi psihopatologice, sunt parţial un construct teoretic al ştiinţelor respective, care se bazează desigur pe date lecturate din realitate; construct care, ulterior, devine un instrument de lectură a acestei realităţi. Dacă se folosesc diverse criterii de diagnostic şi diverse interviuri structurate, diverşi cercetători vor identifica în aceeaşi populaţie un număr divers de persoane cu t.p de diverse tipuri. Ceea ce nu înseamnă că t.p nu este o realitate şi că nu avem o cunoaştere adecvată a acestei realităţi. Dar, nici că trebuie să ignorăm instrumentalitatea teoretică prin care ne raportăm la realitatea umană.

3.3. Descrierea tipologică a t.p

Comentarea t.p prin tipuri categoriale din DSM-III-IV şi ICD-10 urmează o importantă tradiție a psihopatologiei care s-a impus prin lucrarea princeps a lui Schneider. Ea are în spate milenara caracterizare a oamenilor prin tipuri temperamental caracteriale. În acest sens a procedat astrologia, tipologia virtuților, caracteriologiile cu diverse fundări teoretice, inclusiv cele susținute de psihologia „științifică" a persoanei din sec. XX. La începutul sec. XX când s-a impus lucrarea lui Schneider era agreată ideea tipurilor ideale, aduse în discuție de Jaspers şi Weber. Tipuri care, în calitate de „cazuri tipice exemplare" erau prezentate cu intenția de a impune intuitiv o configurație de trăsături reunite în jurul unei scheme esențiale, a unei tulburări bazale. Cazurile ideale sau exemplare aveau rolul să „lumineze" o cazuistică sau o problematică prin pregnanța şi exemplul lor. În varianta prototipică actuală s-a renunțat la această „intuiție a esenței" unui tip, în favoarea unui ansamblu de caracteristici care, deşi nu sunt reduse la o schemă unică şi rigidă, au între ele un „aer de familie". Aşa s-a ajuns la actualele variante de categorii tipologice ale t.p, caracterizate politetic printr-un număr de trăsături dintre care e necesar ca un minim să fie prezente.

În continuare se vor trece în revistă descriptiv principale tipuri de t.p prezentate în DSM-IV şi ICD-10, ținându-se cont şi de tradiția ce le-a constituit şi făcându-se unele comentarii.

T.p paranoidă se caracterizează prin: - neîncredere şi suspiciozitate continuă fată de altii, astfel încât intentiile acestora sunt constant interpretate ca răuvoitoare, fără o bază obiectivă; individul are impresia că: - alții îl exploatează, îl prejudiciază, îl înşală; - nu îi sunt loiali şi nu sunt corecți în raport cu sine; - tind să utilizeze informatiile, ce li se oferă, într-un sens neadecvat, ca fiind îndreptate împotriva sa; - interpretează evenimentele neutre, sau chiar benigne, ca fiind încărcate de intenții amenințătoare sau degradante la adresa sa; - este foarte sensibil la insulte, ofense, injurii; - interpretează, fără o bază

justificatoare, că alții atentează la repuțatia sa şi că îl atacă; - are suspiciuni nejustificate privitoare la fidelitatea soției (soțului) sau partenerului de viață.

Caracteristica de bază a acestui tip este deci suspiciunea. Aceasta este o trăire normală şi adaptativă atâta vreme cât e şi comprehensibilă. În direcția sd. pt. ea conduce la delir paranoid iar marginal acestuia la simptome senzitiv-relaționale şi de supraveghere. Personalitatea paranoidă e predispusă să prezinte reactiv dezvoltări prevalențiale centrate de o idee supraevaluată de persecuție. Clasic (Kretschmer) s-au descris două variante ale acestei stări: una „astenică" ce dezvoltă predominant simptome senzitiv-relaționale; ea s-ar corela parțial şi cu t.p evitantă; şi una „stenică", predispusă spre lupta sistematică, expansivă împotriva persecutorilor (kampfparanoia); aceasta are unele trăsături dominant agresive, la fel ca t.p antisocială. Acestea se cer diferențiate, pe cât posibil, de delirul monotematic paranoiac.

T.p schizoidă se caracterizează prin: - detaşare în relațiile sociale şi o gamă restrânsă de exprimare a emoțiilor în relatii interpersonale prezente în variate contexte; nici nu doreşte, nici nu se bucură de relatii strânse, inclusiv de faptul de a fi membru al unei familii; - alege preponderent activități solitare, - are un interes redus pentru experiente sexuale cu o altă persoană; - preferă solitudinea în sensul că nu cultivă prietenia, amiciția, relațiile de confidență (în afara rudelor de gradul 1); - este indiferent atât fată de criticile, cât şi față de laudele altora; - prezintă răceală emoțională, detaşare sau afectivitate plată (rece, tocită).

T.p schizotipală. Acest tip a fost elaborat şi susținut de psihiatria americană, fiind prezentat în DSM-IV. El circumscrie cazuri ce au unele trăsături ale tipului paranoid şi schizoid - suspicizitate; - lipsa de amici sau confidenți apropiați; - anxietate socială excesivă. La aceasta se adaugă trăsături care se articulează cu unele simptome prezente în sdr. dezorganizant şi anume: - comportament sau aspect bizar, excentric, particular; - afect inadecvat; - gândire şi limbaj ciudat, vag, circumstanțial, metaforic, supraelaborat, stereotip.

Persoanele cu t.p schizotipală ar mai prezenta: - experienţe perceptive insolite, incluzând iluzii corporale; - gândire magică, credinţe stranii credinţa în clarviziune, telepatie, al „şaselea simţ” etc.. În mod evident, caracteristicile stipulate pentru această categorie în DSM-IV trimit spre schizofrenie. Deşi experienţele paranormale, fenomene de tip „pick” se întâlnesc la un procent important al populaţiei normale. Dar se precizează că nu e vorba de episoade psihopatologice ce apar la un moment dat, având o anumită durată sau de o succesiune de e.ps., aşa cum se petrece în cazul bolii schizofrene. Ar fi vorba de o zonă intermediară între t.p şi boala schizofrenă.

T.p obsesiv-compulsivă (anankastă) se caracterizează printr-o preocupare excesivă pentru ordine, perfecţionism şi hipercontrol mintal şi interpersonal, în detrimentul spontaneităţii şi flexibilităţii. Subiectul este, în mod constant, preocupat de: - ordine, organizare, proiecte, planuri, de obicei pierzându-se în detalii, astfel încât obiectivul major al activităţii se diluează; - este perfecţionist, fapt ce-l împiedică deseori să finalizeze proiectele, procedând la repetate verificări în final; - este devotat excesiv muncii şi productivităţii, mergând până la excluderea activităţilor recreative şi a satisfacţiilor pe care le produce cultivarea amicitiei, a convietuirii interpersonale calme şi calde afectiv; - este hiperconştiincios, scrupulos şi inflexibil în programul de acţiune; - nu poate să se debaraseze de obiectele uzate sau inutile pe care le păstrează, "pentru orice eventualitate"; - este incapabil să delege sarcini sau să lucreze cu alţii, în afară de cazul când stilul de comportament al acestora se suprapune exact modului său ritualic de a face lucrurile; - este avar, adunând bani pentru eventuale catastrofe; - deseori este fascinat de colecţionarism; - manifestă rigiditate şi obstinaţie, nefiind deschis dialogului; păstrează în permanenţă o "distanţă interpersonală" importantă faţă de alţii, prin politeţe şi identificarea cu rolurile sociale, neacceptând ca altul să se apropie sufleteşte de el; - deseori, obligă pe cei din jur să se conformeze ritualurilor sale existenţiale.

Tipul caracterizat mai sus se suprapune în cea mai mare măsură „anankastului", descris În psihopatologia clasică germană. Acesta s-ar caracteriza, în plus (după Petrilowitsch), prin formalism, politețe excesivă, răceală şi distanţă afectiv-interpersonală, lipsă de umor şi imaginație. În literatura psihopatologică franceză a fost comentată problema psihopatologică a "psihasteniei", decantându-se progresiv şi o tipologie caracterială specifică care - la fel ca cea a anankastului german - poate sta În spatele episoadelor şi a bolii obsesiv-compulsive. Psihopatologul german Petrilowitsch a asimilat acest tip ca o variantă corelată anankastului, opusă la extreme, dar cu cazuri în care coexistă elemente din ambele sau, în care o variantă exprimă supracompensarea sau decompensarea celeilalte). Persoana psihastenă se caracterizează prin: - nesiguranță interioară, dificultăți în decizie, ambivalență, ambitendență; - tendință la dezordine, cu un continuu efort spre ordine, aceasta fiind atinsă doar circumstanțial, astfel încât strădania sisifică spre ordonare devine o constantă; - faptul de a începe concomitent mai multe programe de acțiune, pe care subiectul le desfăşoară în paralel, trecând de la una la alta şi ajungând foarte greu să finalizeze un lucru început (=fobia de final); - dependență interpersonală crescută, subiectul acceptând să fie dominat şi dirijat, dar neurmând până la capăt coordonatele acestei conduceri (la fel ca în formula copilului pasiv-agresiv); - psihastenul este mai afectiv decât anankastul, dar este mult mai inconstant şi ambivalent decât acesta.

Atât în varianta rigid anankastă cât şi în cea ambivalent psihastenă, t.p obsesiv-compulsivă exprimă o perturbare a desfăşurării funcțiilor executive şi o relaxare a „coerenței interne".

T.p depresivă. Aceasta nu apare în tipologia din DSM-IV şi ICD-10. Totuşi, tipul depresiv a fost descris încă de la începe secolului XX de către Schneider; iar sistemul DSM-IV-TR, în tendința sa de perfecționare progresivă, tinde să-l accepte. Psihopatologia are la dispoziție celebrele studii ale lui Tellenbach, privitoare la "tipus melancolicus", personalitate aparte care ar sta în

spatele tulburării monopolar depresive. Acesta s-ar caracteriza, în primul rând, printr-un accentuat ataşament fată de ordine şi muncă, fapt ce-l apropie de anankast. Spre deosebire de acesta, se caracterizează nu prin formalism şi răceală sau ținerea celuilalt la distanță afectivă politicoasă, ci prin ataşament intim, profund, fată de un număr limitat de persoane, prezentând o capacitate crescută de rezonare afectivă. Preferă retragerea socială, ceea ce anankastul nu realizează, dat fiind ataşamentul său față de statute, roluri şi norme sociale. Dar, în cadrul acestei retrageri depresivul nu e anafectiv şi bizar ca schizoidul, ci profund ataşat de altii, cu sentiment de responsabilitate centrat pe relațiile sale interpersonale şi nu pe idei abstracte, ca în cazul anankastului. Diferența principală față de anankast ar fi manifestarea pronunțată la depresiv a coerenței centrale, care e mult relaxată în primul caz.

Deşi în ultimul timp e mult dezbătută tema tp.depresivă, decizia de a adopta acest tip e mereu amânată. Dacă nosologic t.p s-ar ghida doar după sindromatica episoadelor, faptul ar fi greu de înțeles, deoarece sd. ps. depresiv e cel mai pregnant şi răspândit sindrom din patologie. Faptul e însă că, la baza stă o tulburare de dispoziție afectivă, problematica relaționării interpersonale centrală în afirmarea t.p., fiind subsumată acesteia. Acesta ar fi unul din argumentele pentru care nu e comentată nici o t.p hipomaniacală, deşi tradiția există (la Schneider şi von Zersen). Nici dispoziția disforică sau anxioasă nu stau la baza unui tip de t.p; căci t.p evitantă e corelabilă cu fobia socială, în care relaționarea interpersonală e evidentă.

T.p dependentă. Se caracterizează printr-o necesitate excesivă şi continuă de a fi supervizat, fapt ce conduce la un comportament submisiv şi adeziv şi la o frică de separare. Subiectul are dificultăți în a lua decizii obişnuite, de a iniția proiecte sau a face ceva singur, fără sfatul şi sprijinul altora. Resimte nevoia ca altii să-şi asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii ale vietii lui, să ia decizii în locul său: îi este greu să contrazică pe alții, acceptă părerile şi convingerile celorlalti, din cauza fricii de a pierde suportul sau

aprobarea lor; se simte lipsit de ajutor dacă rămâne singur, fiindu-i frică că nu va fi în stare să aibă grijă de sine. De aceea, e capabil să facă şi lucruri neplăcute pentru a nu fi părăsit de alții; şi dacă este, caută urgent o altă relație protectivă.

T.p evitantă. Subiectul evită situațiile noi, mai ales cele care implică relatii cu persoane necunoscute, din cauza fricii de a nu fi criticat, dezaprobat, rejectat, ridiculizat. Nu se asociază cu alții decât dacă e sigur că va fi apreciat de aceştia; de aceea, e inhibat în relațiile interpersonale noi; se consideră pe sine inapt social, inatractiv, inferior altora; ezită mult în a-şi asuma riscuri personale sau de a se angaja în situații noi, de frica eşecului; simte nevoia de protecție şi de a se ataşa puternic de persoanele care-l acceptă şi care îi creează un sentiment de siguranță.

T.p instabil-emotivă ("borderline"). Se caracterizează printr-o marcată instabilitate în relațiile interpersonale, în condițiile unei implicări afective puternice cu ceilalți, cu importante oscilatii dispoziționale. Prezintă nesiguranță în ceea ce priveşte imaginea de sine şi o pronunțată lipsă de autocontrol pulsional. Subiectul trece rapid, uneori, în cursul a câtorva ore, de la disforie la anxietate, depresie, iritabilitate, euforie. Atitudinile interpersonale sunt intense dar instabile, cu treceri de la idealizarea celuilalt, căruia i se supune submisiv, la devalorizarea acestuia, cu atitudine dominatoare, jignitoare sau de respingere; e frecventă şi tendința de manipulare a celuilalt. Deşi oscilant în atitudine, nu suportă abandonul real sau imaginar, uneori şantajând afectiv partenerul prin comportamente parasuicidare. Prezintă dificultăți în controlul pulsiunilor, mai ales a celor afective, recurgând uşor la comportamente auto- sau heteroagresive. Impulsivitatea se poate manifesta în diverse direcții, precum ar fi: cheltuirea de bani, comportament sexual, abuz de substanțe, mâncat excesiv, condus imprudent. Imaginea de sine este instabilă, cu o nesiguranță în ceea ce priveşte propria identitate uneori şi în perspectivă sexuală; e posibil să apară un sentiment de gol sau vid interior.

În ICD-10, acest tip de personalitate - care în DSM-IV e denumită "marginală" ("borderline") - e subdivizat în două variante: una, în care predomină instabilitatea afectivă-relațională şi nesiguranta identității, şi alta, în care predomină explozivitatea în relațiile interpersonale. Modul în care se realizează relaționarea interpersonală la t.p borderline apare la un pol opus față de stabilitatea neimplicată şi hiporeactivă a anakastului rigid.

T.p histrionică. Subiectul caută în permanență să atragă atenția celorlalți asupra sa printr-un comportament hiperexpresiv. E incomodat de faptul de a nu fi în centrul atenției; prezintă frecvent un comportament provocator inadecvat, inclusiv în direcția sexuală. Încearcă constant să fie captativ atât prin aspectul fizic - îmbrăcăminte, coafură - cât şi prin comportamentul mimico-gestual (teatral), prin vorbirea colorată susținută de un imaginar bogat, prin autodramatizare, teatralism şi o exprimare mimico-gestuală exagerată a emoțiilor; trăirile afective sunt superficiale, mai mult jucate, fără o rezonanță afectivă profundă; este egoist, egofil, incapabil de relatii intime autentice; e uşor sugestionabil; dar, la rândul său, manipulează pe alții, pentru a obține propriile obiective. În perspectiva psihopatică, poate fi dominator, cu comportamente de tip escrocherie, şantaj, intrigă, manipulare.

T.p narcisică e comentată dar în DSM-IV-TR. Persoana are o bună părere despre sine, un sentiment crescut de auto-importanță; se crede "aparte" şi unic, îşi exagerează realizările şi talentele, aşteaptă să fie remarcat ca superior, fără realizări corespunzătoare; e preocupat de fantezii de succes nelimitat, de putere, frumusețe sau amor ideal; pretinde o admirație excesivă. Astfel de trăiri se pot întâlni şi la histrionic, la care predomină comportamentul hiperexpresiv-teatral.

T.p hipomaniacală. Aceasta nu figurează în actualele clasificări deşi era prezentă - la fel ca tipul depresiv - în sistematica lui K. Schneider, sub denumirea de "hipertimic". În descrierea lui von Zerssen, este un tip sinton, care realizează uşor relații interpersonale, cu o tonalitate afectivă pozitivă, activ şi întreprinzător, dar nu şi perseverent, motiv pentru care randamentul social nu

e crescut; relațiile interpersonale, la fel ca ansamblul trăirilor, sunt superficiale; preferă distracțiile, jocul, petrecerile; e încrezător în viitor, dar nu-şi realizează proiectele; e o persoană pe care nu te poți baza, datorită superficialității şi egoismului său. Descrierile se apropie de cele ale tipului sinton-ciclotim, al lui Kretschmer, corelat tipului somatie picnic. În prezent se acordă o importanță deosebită temperamentului hipertim, care prezintă o serie din trăsăturile menționate mai sus şi care este inclus în „spectrul bipolar". Atât în cazul tipului depresiv cât şi a celui hipertim-hipomaniacal nu sunt încă suficient sistematizate aspectele dissociale specifice, care de fapt sunt cele care permit o reală includere în grupul tulburărilor de personalitate.

T.p antisocială. Se caracterizează prin faptul că individul desconsideră şi violează drepturile altora, încalcă normele juridice şi morale, fără remuşcări. Tulburarea poate apărea din copilărie şi este evidentă la 15 ani. Subiectul nu se conformează normelor sociale, încalcă legile, ajungând frecvent la arest. Este incorect, în relațiile cu alții minte repetat, manipulează alte persoane, pentru profit sau plăcere personală. Este iritabil şi agresiv, uneori trăieşte o plăcere atunci când chinuie sau face rău altora. Nu e generos, nu are remuşcări, poate ucide cu sânge; nu învață din experiență. Poate dezvolta perversiuni sexuale, alcoolism, toxicomanie. În funcție de gradul de inteligență, complexitatea actelor nocive social poate fi variată.

3.4.Critica viziunii neokraepeliniene privitor la t.p.

Viziunea medico-psihiatrică categorială neokraepeliniană asupra t.p a fost criticată din mai multe puncte de vedere.

Un prim set de critici se referă la medicalizarea temei. Astfel se consideră că înainte de observarea, descrierea şi studierea cazurilor se realizează o preselecție prin acceptarea că t.p sunt entități medico-psihiatrice. Astfel cercetătorii ajung să se ocupe predominent de pacienți care sunt în tratament psihiatric sau sunt evaluați cu prezumția unei astfel de boli, de ex. în cadrul unei

expertize medico-legale. Se utilizează limbajul şi aparatajul conceptual al psihiatriei; - şi se pune accentul pe corelaţia şi tranziţia t.p şi entităţi nosologice psihiatrice episodice.

Ultimul aspect se înscrie în problematica de studiu a comorbidităţilor psihiatriei. El se referă la: - studierea statistică a acestor asociaţi sincron şi diacron; - interpretarea t.p ca făcând parte dintr-un „spectru maladiv psihiatric”; - interpretarea dinamică şi diacronă a corelaţiilor între sindroamele psihopatologice diagnosticate pe axa I şi t.p diagnosticate pe axa II.

Comorbiditatea a fost intens studiată după 1980 când s-a publicat DSM-III. Ea a fost realmente întâlnită frecvent, mai ales între anumite t.p şi clusterele din DSM-III-IV. Aceste cercetări includ însă şi problematica spectrului, aşa încât ele se cer comentate împreună.

Cele mai frecvente corelaţii s-au întâlnit între t.p din spectrul A şi psihozele schizofrene şi delirante şi între t.p evitantă şi formele grave de anxietate socială. În ultimul caz tranziţia pare să fie realmente graduală astfel încât ea e acceptată de aproape toţi autorii. Problema a fost extinsă în ultimul timp asupra patologiei dispoziţiilor afective unde distimia şi ciclotimia au un statut clinic disputat. În măsura în care oscilaţiile dispoziţionale constând din stări subdepresive şi hipomaniacale uşoare se desfăşoară de-a lungul întregii vieţi, fără nici un ep. ps. maniacal sau depresiv clinic, acestea ar putea caracteriza un tip de personalitate, aşa cum sugera deja Kretschmer. Privitor la distimie, problema e dificilă deoarece ea se cere diferenţiată nu doar de ep.pt.depresive ci şi de t.p depresivă, pe care mulţi autori o acceptă, revenind la punctul de vedere a lui Schneider. Problema tinde să fie în prezent soluţionată prin acceptarea implicării temperamentului depresiv şi hipertim. Temperamentul este o caracteristică mai simplă decât t.p şi poate fi identificat relativ uşor, ca un fel de predispoziţie genetică generală spre o direcţie de patologie. Această idee, este şi ea consonantă cu vechea abordare a lui Kretschmer dar se confruntă cu problema că dispoziţiile temperamintale cuprind şi variantele anxioase, iritabile

şi apatice. O parte a acestei problematici e comentată în prezent din perspectiva stărilor afective mixte subclinice.

Interpretarea relațiilor dinamice şi diacrone dintre axa I şi axa II implică doctrine psihopatologice şi analize cazuistice. De ex. se poate imagina următorul caz.

Un băiat creşte într-o familie în care tatăl prezintă o t.p antisocială cu comorbiditate addictiv etanolică iar mama o t.p dependentă. Întreaga copilărie o petrece în intimitate cu mama, apărându-se de comportamentul agresiv ebrios al tatălui. Ca tânăr adult prezintă trăsături de personalitate evitantă şi se căsătoreşte cu o femeie cu trăsături instabile. Suportă dificil oscilațiile dispoziționale şi de atitudine ale soției precum şi diverse frustrări şi eşecuri sociale în fața cărora prezintă repetate episoade anxios depresive subclinice. Treptat ajunge să descopere efectul anxiolitic şi sedativ al alcoolului, consumul devine habitual şi apoi nociv; cresc neînțelegerile familiale ajungându-se la divorț, față de care reacționează depresiv şi prin accentuarea consumului. Conduita evitantă socială se accentuează la nivel de t.p. Scade randamentul profesional care e sancționat cu retrogradări. Se accentuează dispoziția anxioasă, conduita evitantă şi dependența etanolică. În final se refugiază în cuplul simbiotic cu mama care îl protejează tot mai mult. Dependența etanolică se agravează cu complicații somatice şi psihopatologice.

Într-un caz ipotetic ca cel de mai sus, d.p.d.v statistic se pot identifica comorbidități atât pe axa I cât şi între axa I şi II. Dar, în ansamblu se poate identifica şi o influențare reciprocă între diversele persoane ce au fie t.p fie trăsături anormale ale personalității, ce se accentuează progresiv.

*

* *

Alte critici care s-au adus sistemului categorial al t.p din DSM III-IV sunt:
- Lipsa limitelor tranşante dintre categorii; un sistem de clasificare e considerat cu atât mai bun cu cât categoriile sunt mutual exclusive şi dacă tinde spre exhaustivitate. În cazul t.p. numărul cazurilor aparținând mai multor categorii e mai mare decât al celor aparținând unei singure categorii, iar numărul celor din categoria „altor forme" este mare. În cazul unui diagnostic multiplu, nu se

precizează care din categoriile din care face parte cazul, contribuie predominant la dezadaptarea socială;

- Numărul de itemi care defineşte fiecare categorie, în general şi ca număr minimal, este diferit de la o categorie la alta, fapt ce nu e argumentat prin nimic. Nu există omogenitate de criterii prin care să fie caracterizate similar toate categoriile.

- Lipseşte orice criteriu de justificare nu numai a fiecărei entități ca atare, ci şi a numărului categoriilor în ansamblu. Trimiterea la „bolile psihice" şi la „experiența clinică cazuistică" nu este suficientă.

- „Acordul democratic", convenție la care se ajunge prin vot de către experți nu e o metodă convingătoare pentru cei ce sunt de altă părere

- Deşi se declară ateoretic, sistemul DSM-IV împrumută categorii care au fost fundamentate în cadrul unor doctrine precise: tulburarea personalității narcisistă şi borderline în cadrul psihanalizei, tulburarea personalității schizotipale în modelul clinic al spectrului schizofreniei, tulburarea personalității evitante în concepția învățării sociale a lui Millon.

- Sistemul categorial nu face trimiteri explicite la tradiția „cazului tipic ideal" şi a cazului exemplar, pe baza cărora s-au structurat primele tipologii ale persoanelor psihopate, de exemplu cea a lui Schneider.

Cu toate insuficiențele sale sistemul categorial se menține, căci altfel nu ar fi posibilă pentru moment cercetarea şi comunicarea specialiştilor în aceste domeniu. Ea este utilă mai ales în cercetarea epidemiologică, cea a stabilității în timp, cea a corelației cu tulburarea episodică sau programele de tratament.

În prezent se caută soluții pentru insuficiențele menționate mai sus, în contextul păstrării pentru moment al sistemului categorial. De exemplu:

- Millon propune ca toate categoriile să fie caracterizate prin itemi similari care să se refere la anumite funcții psihice. Iar la fiecare tip să se descrie subtipuri bazate pe experiența clinică cazuistică şi pe interferențe cu celelalte tipuri. Astfel, în cazul tulburării personalității dependente e descrisă varianta

„neliniştită", „imatură", „ineficientă" şi „dezinteresată". Limbajul în care subtipurile sunt descrise de către Millon depăşeşte limbajul tehnic medico-psihiatric utilizându-l pe cel natural. Sugestia e interesantă dar nu are limite clare, numărul subtipurilor ce pot fi descrise, pe orizontală şi pe verticală fiind nelimitat.

S-a propus ca în cazul unui diagnostic care implică mai multe tipuri să intervină ca element de caracterizare numărul de itemi (trăsături) care sunt prezente din fiecare. Şi pe această bază să se evalueze care din tipuri asigură gravitatea cazului şi care tipuri intervin doar pentru a da o coloratură aparte, în sensul de a avea „trăsături" suplimentare. În plus s-a propus ca, dacă un caz are elemente din 3 sau mai multe categorii să se vorbească de tulburare a personalității nediferențiată.

3.5. Alternativa dimensională față de sistemul categorial.

Abordarea dimensională a t.p se face în prezent din cel puțin trei incidențe:

- Utilizarea în evaluare a unor sisteme conceptuale şi instrumente de evaluare care se aplică tipologiei persoanei normale, aşa cum este circumplexul interpersonal sau sistemul celor 5 mari factori (Five Factor Model = FFM)
- Utilizarea unor concepte şi instrumente de evaluare elaborate astfel încât să corespundă şi persoanei normale şi celei deviante, aşa cum e sistemul celor 7 factori a lui Cloninger evaluat prin TCI.
- Utilizarea unor concepte şi instrumente dimensionale ce au punct de plecare în etichetarea comportamentului deviant al persoanelor disarmonice.

Ultima incidență s-a dezvoltat deoarece sistemele de evaluare a persoanelor normale nu conțin – sau conțin puține – expresii sau termeni care să caracterizeze prin limbaj comportamente deviante. De aceea, inițial Tyrer (1979) şi apoi Livesley (1987) au pornit de la itemi ce caracterizează lingvistic persoane cu comportament deviant. Ei au studiat descrierile ce se găsesc în literatura de specialitate a secolului XX şi au înregistrat practica lingvistică curentă a

caracterizării celor cu tulburări de personalitate. Aceste expresii lingvistice semnificative au fost reduse la un număr nu prea mare de expresii-concepte, prin consultarea experților ce se ocupă de t.p. Ele au fost apoi testate empiric la cazurile ce sunt în mod tradițional şi curent etichetate şi diagnosticate astfel. Rezultatele au fost comparate cu cazuistica diagnosticată catgorial ca şi t.p după DSM-III-IV. Tyrer şi echipa sa s-au oprit după mai multe studii, la următoarele noțiuni (itemi): 1. pesimism, 2. autodevalorizare, 3. optimism (exagerat), 4.iritabilitate, 5. anxietate, 6. supraapreciere, 7. introspecție, 8. timiditate, 9. izolare, 10. senzitivitate, 11. vulnerabilitate, 12. inhibiție, 13. impulsivitate, 14. agresivitate, 15. ineficiență, 16. iresponsabilitate, 17. infantilism, 18. deficiența resurselor, 19. dependență, 20. submisivitate, 21. conştiinciozitate, 22. rigiditate, 23. excentricitate, 24. hipocondrie.

Folosind un chestionar semistructurat, investigarea acestor itemi l-a condus pe Tyrer la identificarea unui număr de 13 tipuri de tulburări de personalitate ce se pot împărți în 4 clustere ce stau sub patronajul semnificațiilor ce iradiază din tipurile: schizoid, pasiv-dependent, anankast.

Livesley, (2002) în demersul său relativ similar cu a lui Tyrer, identifică 18 dimensiuni (indicate de noțiuni precum: lipsa stimei de sine, tulburarea identității, ataşament nesigur, dispreț în schemele interpersonale, anxietate, labilitatea afectivă, compulsivitate). Fiecare dimensiune, ar avea mai multe fațete, în totalul sistemului acestea fiind 79. Întreg sistemul aplicat printr-un instrument de evaluare (DAPP-BQ), cazuisticii cu tulburări de personalitate bine cunoscută, conduce la 4 mari clustere caracterizate prin : 1- instabilitate generală a comportamentului, 2- retragere socială, 3- dependență, 4- compulsitivitate.

Aceste modele dimensionale care pleacă de la itemi lingvistici caracterizanți cu țintire psihopatologică, se corelează cu sistemele categoriale politetice. Adică pot fi traduse în limbajul acestora, cu care sunt compatibile. Dar ele susțin mai ales idea clusterelor, în general 4 la număr. Prin centrare pe

itemi ce se pot combina variat, sistemele menționate sunt predominent dimensionale şi mai flexibile decât cele categoriale, pe care le dublează.

Sistemul dimensional a lui Cloninger (1993) are 7 factori dintre care 4 temperamentali, corelați cu genetica şi biologia (neurotransmisiea cerebrală) şi 3 caracteriali (structurați prin experiență şi centrați pe sine , self- eu). Evaluarea se face prin chestionarul „The temperament and Character Inventary - TCI ” care are 240 de itemi la care se răspunde prin da sau nu. Factorii pentru temperament sunt numiți: evitarea suferinței, căutarea noului, dependența de recompensă şi persistența. Aceşti factori ar avea o corelație cu neurotransmisia cerebrală. În ordinea menționată, cu cea serotoninergică, dopaminergică, noradrenergică, glutamatergică. Cei trei itemi caracteriali sunt numiți: autodirecționare, cooperativitate, autotranscendență. Deficiența acestora, împreună cu stabilitatea afectivă redusă, condiționează criteriile generale ale tulburării personalității. Specificitatea tipologiei ar fi condiționată de factori temperamentali. Sistemul e conceput dimensional, dar se corelează cu cel categorial. El este util, dar deschiderea sa pentru aplicabilitate la persoane normale şi pentru asimilare de noi contribuții este modestă.

Dintre sistemele de evaluare şi caracterizare a persoanei normale se aplică cu succes la t.p sistemul circumplexului interpersonal. Acesta e bazat pe dispunerea pe un cerc a tendințelor de relaționare dintre persoane normale. În conformitate cu o schemă lansată de Bakon, pe axele ortogonale se plasează în opoziție: pe verticală tendința de dominare („agenția”) şi cea de supunere (pasivitate); iar pe orizontală tendința de comunicare şi afiliere în raport cu cea de disociere (dezafiliere, ostilitate). Această imagine a fost utilizată pentru construirea unui circumplex al relațiilor interpersonale care, în normalitate, este caracterizat prin epitete caracterizante. Acestea sunt punctul de plecare pentru stări anormale, ce pot fi astfel caracterizate dimensional.

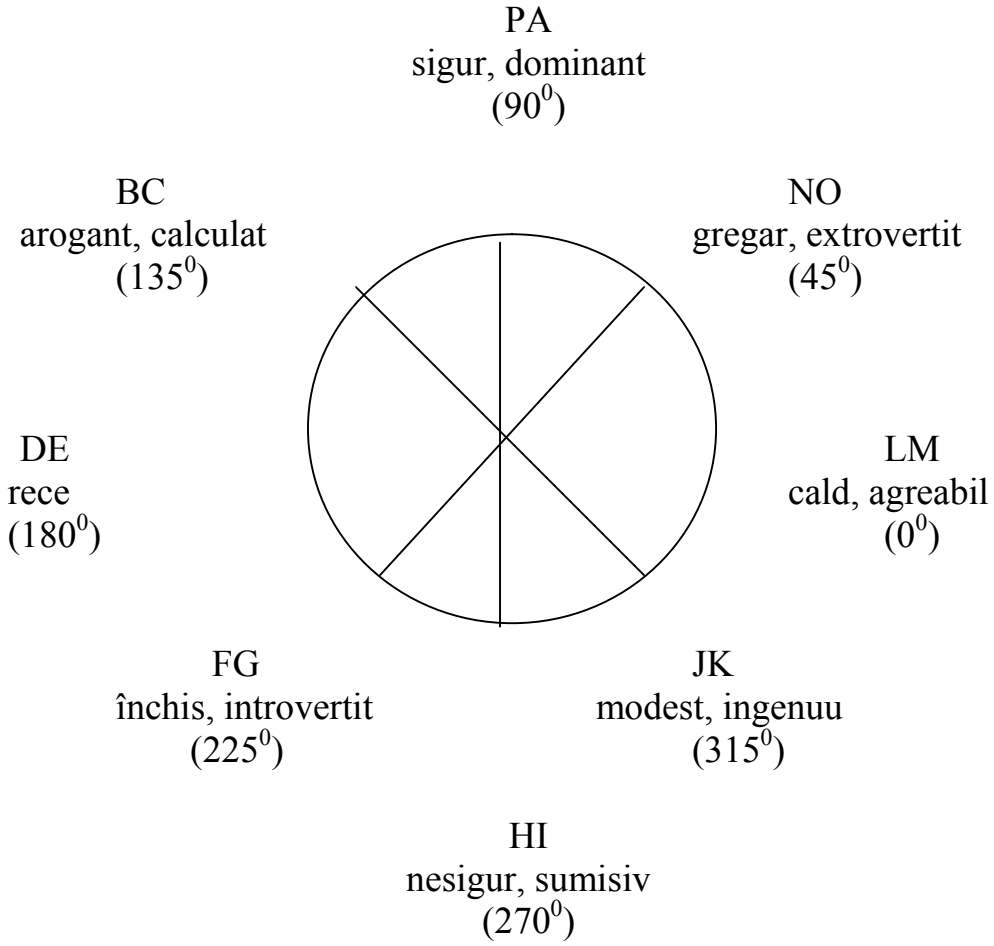
Circumplexul mai ridică două probleme importante. Deşi există un consens privitor la faptul că principalele aspecte ale t.p se circumscriu în aria relațiilor

interpersonale, există trăsături de personalitate importante pentru această patologie care nu pot fi captate astfel, ca de exemplu preocuparea excesivă cu munca, acțiunea, decizia, verificarea în cazul t.p anakaste, sugerând perturbarea funcțiilor executive. S-a sugerat construcția şi testarea unor circumplexe care să capteze şi acest domeniu problematic, care ar putea fi aplicate alternativ cu circumplexul interpersonal clasic (Lăzărescu, 2008).

Un alt aspect se referă la faptul că relațiile interpersonale directe sunt mediate de reprezentarea celuilalt în psihismul subiectului. Cel puțin în ontogeneză, mama sau figura reprezentativă de ataşament, are o reprezentare constantă în structura psihică a copilului prin intermediul instanței pe care Bowlby o numea „internal working model". Relația cu o mamă protectivă, nesigură sau indiferentă este o relație în primul rând intrapsihică care se actualizează în situații. Acelaşi model funcționează şi într-un sens mai general, pentru alte persoane importante, astfel fiind în prezent reinterpretată ideea lui Freud privitor la „introjecția imagourilor parentale". Suspiciozitatea sau instabillitatea atitudinală se realizează în prima instanță față de imagourile intrapsihice ale altor persoane determinante sau ale altor persoane în genere. În această direcție, circumplexul epitetelor interpersonale a fost dezvoltat de Benjamin (2005) în perspectiva desfăşurării unei psihoterapii de inspirație psihanalitică în cadrul proiectului SASB (Structural analysis of social behaviours).

Figura XII

Circumplexul relațiilor interpersonale



Prin exagerarea aspectelor normale apar trăsături anormale ce caracterizează t.p. Astfel de exemplu poziția P.A a polului dominant şi autonom se caracterizează prin agresivitate şi ar fi sugestiv pentru psihopatul antisocial iar poziția HI a celui nesigur, submisiv ar caracteriza bine dependentul. Poziția BC a celui arogant, coercitiv tinde spre suspiciune paranoidă iar poziția DE a celui rece şi ostil sugerează t.p schizoidă. T.p din clusterul B sunt caracterizabile prin epitete ce se plasează în susul şi în dreapta circumplexului iar din clusterele A şi C în stânga şi în jurul său. În cazul t.p apar însă epitete care nu sunt direct

prezente în circumplexul clasic ca de exemplu tendința hiperexpresivă şi manipulantă a histrionicului, însă evident ea se plasează în cadranul între 0-90.

Cel mai dezvoltat sistem actual de caracterizare al personalității normale, care este şi cel mai utilizat model folosit în caracterizarea dimensională a t.p, este cel al celor 5 mari factori (FFM). Acesta s-a organizat în ultimele decenii pornind de la studiile lui Allport, Caltel şi mulți alții, care au luat ca punct de plecare expresiile prin care oamenii sunt caracterizați în cadrul limbajului natural. Aceste expresii au fost progresiv reduse la tot mai puține clase, care se grupează în jurul câtorva centre. Astfel s-a ajuns la 5 mari factori. Principalele caracteristici ale celor cinci mari factori sunt investigabile prin chestionarul standardizat NEO-PIR. În elaborarea de Costa şi Mc Crae, fiecare clasă e descrisă prin 6 fațete conform tabelului de mai jos:

Tabel XIII

Fațetele NEO-PI-R (*Costa şi McCrae, 1992*)

Cele cinci mari trăsături		**Fațetă (şi epitetul trăsăturii corelate)**
E	Extroversiune *vs* introversiune	Gregaritate (sociabil) Asertivitate (presant) Activitate (energic) Caută excitația (aventuros) Emoții positive (entuziast) Căldură (deschis)
A	Agreabilitate *vs* antagonism	Încredere (iertător) Directivitate (neinsistent) Altruism (călduros) Complianță (lipsit de încăpățânare) Modestie (lipsit de vanitate) Empatie(simpatizant)
C	Conştiinciozitate *vs* lipsă de direcție	Competență (eficient) Ordine (organizat) Datorie (atent) Tendință spre realizare(metodic) Autodisciplină (nu e leneş) Deliberare (nu e impulsiv)
N	Nevroticism *vs* stabilitate emoțională	Anxietate (tensionat) Ostilitate mânioasă (iritabil) Depresie (nemulțumit) Conştiință de sine (ruşinos) Impulsivitate (cu toane) Vulnerabilitate (lipsit de încredere în sine)
O	Deschidere *vs* reticență față de experiență	Idei (curios) Fantezie (imaginativ) Estetică (artist) Acțiune (cu interese largi) Sentimente (excitabil) Valori (neconvențional)

În definirea factorilor, de exemplu ai extroversiei, sunt implicate componente care vizează: activitatea, asertivitatea, sociabilitatea, căutarea excitării, emoțiile pozitive – deci mai multe aspecte ale vieții psihice ale persoanei.

Modelul FFM permite evidențierea concomitentă a trăsăturilor normale şi a celor anormale, deviante, maladaptative ale persoanei. Astfel dacă se aplică unei persoane cu t.p se evidențiază şi trăsăturile normale, adaptative, scoțându-se în evidență zona „sănătoasă" a persoanei, pe care se poate conta în proiectul terapeutic şi de management (Widiger,1991). Interesul față de corelația dintre „simptomatologia" tulburărilor de personalitate constând în devianța trăsăturilor sale şi FFM este foarte mare. Ea a început înainte de 1989 prin studiile lui Wiggins şi Pincus, iar până în 2001 au fost publicate deja peste 50 de studii în această direcție. Cercetările au indicat că ambii poli ai celor cinci domenii ale FFM conțin cel puțin unele forme de maladaptivitate. Nevroticismul accentuat e corelat cu t.p borderline, iar cel scăzut cu t.p narcisică şi psihopatia. Introversia e corelată cu trăsăturile t.p schizoidă şi evitantă, iar extroversia cu t.p histrionică. Conştiinciozitatea scăzută e în mod consistent asociată cu t.p antisocială, pasiv-agresivă, de tip borderline şi paranoidă, dar e crescută în t.p obsesiv-compulsivă. S-a găsit o bună corespondență între FFM şi circumplexul interpersonal evaluat prin IIP, cu datele obținute prin DAPP-BQ a lui Livesley şi cu modelul lui Cloninger evaluat cu TCI. În 1994 Widiger a dezvoltat profile ale FFM pentru caracterizarea fiecărei tulburări de personalitate din DSM-III-R. S-au făcut eforturi penru a construi profile FFM, pentru t.p comentate în DSM-IV, implicând opinia experților. În 2004 Samuel şi Widiger susțin un studiu care implică 154 experți totalizând 308 profiluri FFM pentru cazuri prototipice de tulburări de personalitate . Continuă utilizarea NEO-P-R în această direcție, deşi acesta e un inventar de autoevaluare, iar diagnosticul t.p se face de obicei prin chestionare de heteroevaluare. S-au construit profiluri de t.p în termenii proprii

ai FFM. De asemenea continuă studiile privind terminologia de caracterizare a trăsăturilor celor cu t.p care să derive din termenii utilizați în FFM .

Până în prezent sistemele dimensionale nu au înlăturat pe cele categoriale în caracterizarea şi diagnosticare t.p. Dar ele introduc mai multă nuanțare şi flexibilitate, astfel încât se preferă o utilizare concomitentă. Sistemele categoriale, cel puțin cele din DSM-IV-TR se mențin mai ales datorită utilității în comunicare şi cercetare.

Considerarea t.p ca entități patologice au permis studii epidemiologice care sugerează o prevalență de aproxim. 10% în populația generală. Stabilitatea în timp a t.p este foarte greu de evaluat pe termen lung, mai ales că nu e clar şi bine dovedit conceptul de stabilitate în timp a persoanei normale. În plus de-a lungul timpului se modifică definiția t.p şi instrumentele de evaluare. Rezultatele de până acum indică faptul că aceasta nu e chiar aşa de mare cum era ea gândită tradițional prin definiția care postulează rigiditatea de-a lungul timpului. Se consideră în prezent că t.p se poate schimba în măsură apreciabilă la intervale mari de timp, prin intervenția factorilor evolutivi de maturare şi îmbătrânire prin evenimentele vieții, prin factori de compensare şi mai ales prin terapie. Terapia în domeniul t.p a fost inițiată doar în ultima perioadă.

3.6. Clusterul psihopatiei

De când tema tulburării de personalitate a fost ridicată de către psihopatologi, adică de când s-a creat modelul medical al psihiatriei în epoca lui Kraepelin, s-a remarcat caracterul dissocial al manifestării acestora. Kraepelin comenta în această categorie: mincinosul patologic şi escroc, criminalul impulsiv şi cel profesionist, vagabondul morbid, certărețul. De fapt încă în secolul XIX Pritchard a introdus noțiunea de nebunie morală (moral insanity), iar Lombroso a comentat criminalul înnăscut. Schneider a înregistrat şi el o variantă de tulburare de personalitate, capabilă să ucidă cu sânge rece. Ulterior, în şcoala anglo-saxonă s-a încetățenit termenul de sociopatie pentru persoane

care crează mari probleme sociale prin comportamentul lor deviant, care sfidează legile şi se comportă uneori criminal. În această direcție s-au afirmat autori ca Partridge, Henderson şi mai ales Cleckley. În ediţiile succesive ale DSM s-a făcut loc pentru un tip aparte etichetat ca antisocial, care şi în prezent e descris în clusterul B, cu precizarea ca manifestările sale sunt cel mai des decelabile de la vârsta infanto-juvenilă. Acest tip e comentat şi în ICD-10 ca şi tip dissocial. În ultimii ani se revine asupra problemei existenței unor tulburări de personalitate a căror caracteristică dominantă este infracționalitatea şi amoralitatea, conduita criminală. În perspectiva tipologiei aceste persoane fac parte din mai multe categorii tipologice ale DSM-IV, cazuistica fiind frecventă în penitenciare şi în lumea interlopă. De aceea tendința este de a se detaşa un cluster special care este desemnat cu termenul generic de „psihopatie".

Psihopatia include multe cazuri ale t.p antisocială şi dissocială dar prezintă şi alte caracteristici pentru care este şi în prezent instructivă descrierea făcută în 1941 de către Cleckley. Acesta a descris psihopatul ca pe un om activ şi deseori performant în societate care prezintă o sociabilitate cuceritoare ce crează o mască de om sănătos (cartea sa se numeşte „The mask of insanity"). Acesta însă nu înțelege noțiuni ca responsabilitatea, generozitatea prezentând un fel de „demență semantică" specială. Psihopatul lui Cleckley nu prezintă o serie din trăsăturile antisocialului din DSM-IV: distructiv, amenințător, turbulent, criminal. El are un farmec superficial, o bună inteligență, e stăpân pe sine, e abil şi convingător, are succes social dar e complet lipsit de sinceritate fără sentimentul ruşinii şi remuşcărilor, are comportament antisocial şi nu învață din experiență. E lipsit de afectivitate şi de capacitate de a iubi. Are o viață sexuală impersonală, trivială şi îi lipseşte capacitatea de a urmări un plan general în viață.

Hare (1986) a operaționalizat itemii de caracterizare a psihopatiei lui Cleckley construind un cecklist cu 22 itemi care stau la baza unui instrument de

investigare PCL-R. Aceşti itemi, supuşi la o analiză factorială de Harpur şi Hakstian s-au grupat în doi factori. Aceştia sunt sistematizați în felul următor:

Tabel XII

Factorii de caracterizare a psihopatiei (Hare, 1980, regrupați de Harpur

Factorul I	Factorul II
Sens grandios al sinelui	Iresponsabilitate
Minciuna patologică	Lipsa unor scopuri pe termen lung
Manipularea altora	Stil de viață parazit
Lipsa remuşcărilor şi a vinovăției	Probleme comportamentale timpurii
Lipsa empatiei	Delicvență juvenilă
Neaceptarea responsabilității pentru propriile acțiuni	Recidivism
Farmec, şarm superficial	Impulsivitate
Afect superficial	Nevoie de stimulare
	Slab control comportamental

Factorul I se referă mai ales la trăsăturile de personalitate pe care subiectul le afirmă în cursul interviului, iar factorul II se referă mai ales la comportament, bazându-se pe informații din dosarul pacientului.

Perspectiva pe care o deschide psihopatul lui Cleckley diferă de tipologia tulburărilor de personalitate din DSM IV. Studiindu-se mai ales cazuri din mediile infracționale şi de detenție s-au propus mai multe tipologii pentru aceste cazuri ce sunt într-o permanentă stare de conflict cu alții şi societatea, cu un comportament grav infracțional. Lykken diferențiază între psihopatul primar pe care-l consideră în mare măsură condiționat genetic şi cel secundar sau sociopat care e predominant influențat de mediul familial şi de cel social. Blankenburg, (1998) descrie patru subtipuri: psihopatul primar (impulsiv, agresiv, ostil, extrovertit, încrezător în sine, cu un nivel scăzut de anxietate); psihopatul secundar (ostil, agresiv dar anxios social, retras, cu scăzută stimă de sine); psihopatul controlat (sociabil, fără anxietate, controlat); psihopatul inhibat

(retras, controlat, anxios, cu stimă de sine scăzută). În aceste subgrupe se regăsesc tulburări de personalitate din diverse categorii ale DSM IV. Stone insistă să se recunoască psihopatul şi tulburarea de personalitate corespunzătoare caracterizate prin sadism. El a elaborat o scală cu 11 puncte care marchează gravitatea comportamentului agresiv sadic, de la uciderea accidentală sau din gelozie până la criminalul care-şi chinuie victimele înainte de a le ucide. Millon (1989) descrie zece subtipuri de psihopați care, în mare, sunt corelați cu categoriile din DSM IV dar prezintă un grav comportament dissocial. El descrie aceste tipuri pe baza unei experiențe cazuistice şi le numeşte:psihopatul impulsiv, nesincer, resentimental, nesigur, amorf, lipsit de scrupule, exploziv, cverulent, revendicativ, tiranic, malign.

Psihopatia a fost analizată şi în perspectivă dimensională, prin circumplexul interpersonal (de către Blankenburg, 1959) şi prin FFM, de către Eysenk şi prin sistemul cu şapte dimensiuni a lui Cloninger.

În legătură cu psihopatia s-au făcut şi multe studii în perspectivă biologică. Caracterul genetic al tulburării este în prezent destul de bine definit. Mai interesant şi mai important e faptul că s-au dovedit o serie de anomalii neurofiziologice, cum ar fi anemotivitatea, lipsa reacției de frică şi areactivitatea la stimuli anxiogeni. Deficitul funcționării structurilor neurobiologice care susțin afectivitatea, inclusiv cea interpersonală, este şi ea dovedită. Aceste deficite genetice şi de funcționare cerebrală condiționează o dezvoltare ontogenetică aparte.

În legătură cu tulburările de personalitate se ridică şi problema dimensiunii etice a persoanei (Deheleanu 1974, Lăzărescu 2007). De aceea, în toate cazurile de tulburare de personalitate, indiferent de perspectiva tipologiei categoriale şi dimensionale, de comorbiditate, etc, se cere şi o evaluare a dimensiunii etice a persoanei, mai ales din următoarele perspective: comportamentul nociv față de altul, neglijarea celuilalt față de care există

responsabilitate, duplicitatea malignă, egoismul şi lipsa generozității, lipsa sentimentului de ruşine şi vinovăție, iresponsabilitatea.

Prin necesitatea de a se ține seama de dimensiunea etică, problema tulburărilor de personalitate depăşeşte evident modelul medical, înțeles în sens restrâns.

3.7.Tulburările de personalitate în perspectiva distorsiunii unor funcții adaptative a caracterului persoanei

Esențialul anormalității, a perturbărilor în cazul t.p. se localizează la nivelul relațiilor interpersonal sociale, a afirmării independenței persoanei, a manifestării cu sens, în cadrul interrelaționărilor. Un ax suplimentar îl constituie o bună şi adecvată desfăşurare a funcțiilor executive. În ambele direcții normalitatea presupune flexibilitate şi eficiență adaptativă. Împrejurările solicită şi pretind ca uneori individual să fie dominator şi asertiv, alteori să asculte şi să se supună, să fie încrezător dar şi suspicios, să se decidă rapid sau să chibzuiscă temeinic, să fie spontan şi perseverant. Diversele modalități tipologice ale t.p pot fi înțelese ca derivând din moduri de funcționare adaptativă, care însă devin excessive, decontextualizate, rigide.

Tendința spre afirmare asertivă, dominatoare, prin care alții sunt conduşi, coordonați, supuşi şi chiar manipulați, se manifestă uneori în normalitate. Ea alimentează subgrupul populațional din care se selectează liderii, managerii, politicienii, conducători în afaceri, comandanți militari, etc. Şi atitudinea submisivă poate fi adaptativă în anumite împrejurări. Contextual, durata, sensul valoric, integrarea socială sunt cele care pot diferenția un comportament dominator sau submisiv adaptativ de unul anormal.

Emoția socială, reactivitatea față de expunere şi apreciere publică e în principiu la fel de adaptativă ca şi suspiciunea, în anumite împrejurări justificate. Pe de altă parte capacitatea de a nu se emoționa exagerat în situații solicitante, rezistența față de amenințare, în împrejurări fobogene şi periculoase, indiferența

socială şi situațională, poate conduce uneori la performanțe ridicate, dovedindu-se şi ea adaptativă. O paletă bogată de capacități adaptative cuprinde şi gregaritatea extrovertită şi retragerea socială meditativă, necesară confruntării cu sine şi creației.

Tipologia t.p poate fi în principiu corelată cu diverse stări psihopatologice episodice, ceea ce se şi face în prezent în cadrul abordării neokraepeliene. Dar toate tipurile t.p pot fi interpretate şi în corelație cu strategii adaptative ale persoanei, în cadrul manifestării sale în relațiile interpersonal-sociale şi de realizare pragmatică. De aceea t.p este în prezent amplu abordată şi de psihopatologia de orientare evoluționistă. (Brün, 2008). La fel ca în cadrul sindroamelor psihopatologice, numărul tipurilor de t.p este finit, chiar dacă diverse clasificări procedează la diferite decupaje iar numărul tipurilor oscilează uşor sub sau peste cifra zece.

Considerațiile de mai sus pledează pentru interpretarea stărilor psihopatologice în cazul t.p, la fel în cazul sindroamelor psihopatologice, în sensul derivării lor din manifestări antropologice normale, adaptative şi cu sens. Această interpretare este susținută în prezent de psihopatologia de orientare evoluționistă dar şi de cea developmentală, cognitivistă şi neofenomenologică. Manifestări antropologice care în principiu sunt adaptative şi orientate spre creativitate, devin psihopatologice în măsura în care sunt marcate de anumite minusuri antropologice care conduc la decontextualizarea, reducerea legăturilor semnificante cu situația, cu biografia şi argumentarea rațională, ajung să se manifeste simplificat, excesiv, rigid, cu reducerea libertății antropologice şi a sintezei creative, adaptative. Drept consecință funcționarea socială poate fi perturbată iar suferința personală crescută. Dar cazul t.p ne indică faptul că planul socio-cultural al antroposului dispune de multe mecanisme de compensare, protezare sau mascare a disfuncției şi deficitului.

Domeniul tulburărilor de personalitate se pretează la mai multe lecturi paralele. Din perspectivă sociologică se identifică persoanele cu comportament

anomic şi marginal social, vagabonzii, homeless-ii, infractorii izolați sau în grupuri, marii criminali sadici, membri ai sectelor excentrice, fanatici, turbulenți ş.a.m.d.

În perspectivă tipologico-sociologică, se pot identifica oameni care nu sunt armonici, dar există la extreme, în structuri sociale particulare care îi acaparează şi pe care le întreţin; în interiorul cărora se compensează: militari în trupe speciale, exploratori în proiecte riscante, sporturi extreme, diverse roluri sociale speciale, monahi şi slujitori exemplari, dominatori şi organizatori extremi, colecţionari etc. E o zonă socială în care de obicei există mari performanţe sociale, uneori creativitate, dar comportamentul interpersonal social nu e echilibrat. Evenimente ca revoluțiile şi războiul pot compensa şi aduce în față astfel de persoane.

Există apoi lectura sindroamelor psihopatologice din perspectiva similitudinii cu psihopatologia clinică. E viziunea medicalizării acestor oameni.

Capitolul 4

Tulburările mintale şi sistematizarea lor

4.1. Diversitatea şi sistematizarea tulburărilor mintale; 4.2. Structura DSM IV T.R.; 4.3.Clasificarea ICD-10 F; 4.4. Comorbiditatea între entităţile nosologice; 4.5. Spectrele maladive; 4.6. Subtipurile tulburărilor mintale; 4.7. Nosologia psihiatrică şi psihoptologia din comunitate

4.1. Diversitatea şi sistematizarea tulburărilor mintale

O caracterizare de ansamblu a tulburării mintale (t.m.) în perspectiva psihopatologiei clinice a fost făcută în capitolul 1 (1.5.) şi reluată pe scurt la începutul comentariului despre episodul psihopatologic (ep.pt.). S-a remarcat că in extremis se poate diagnostica o t.m. şi cu referinţă la un unic ep.pt. sau la o tulburare de personalitate. Dar tradiţional t.m. a fost înţeleasă în sens diacron, de obicei avându-se în vedere mai multe episoade şi o tendinţă evolutivă. Apoi, în configurarea unei t.m. s-a avut în vedere tot mai mult terenul, inclusiv ca vulnerabilitate şi episoade subclinice. Şi la fel datele demografice şi genetice precum şi alţi parametri. Există diverse incidenţe din care t.m. poate fi abordată:

- În manualele şi tratatele de psihiatrie se comentează ansamblul bolilor – a t.m. în cazul nostru – din toate punctele de vedere importante care interesează specialistul, inclusiv tratamentul, prevenţia, recuperarea.
- În manualele de diagnostic şi statistică – aşa cum e DSM-III-IV interesează în primul rând lista şi definiţia tulburărilor oficiale, cât mai clar delimitată una de alta. Aspectul oficial se referă la înregistrarea statistică, utilizarea diagnosticului pentru casele de asigurări şi obţinerea de resurse financiare, pentru planificări în domeniul sănătăţii mintale, învăţământ etc.
- Preocupările de cercetare ştiinţifică, deşi au ca referenţial aceste manuale, abordează şi aspecte care sunt în afara lor, precum episoadele subclinice, vulnerabilitatea, factorii protectori, reziliența etc. Circumscrierea din capitolul 1 (1.5.) a fost făcută într-un sens mai larg decât cea a manualelor de diagnostic.

- Psihopatologia clinică orientată spre intervenție şi terapie (psihoterapie) ține cont şi de „problemele de viață" iar sociologia de „comportamentele marginale şi anomice", ambele aceste domenii nebeneficiind de un diagnostic de t.m. în sens strict, în conformitate cu manualele.
- Psihopatologia doctrinelor se orientează spre diagnosticele din manuale dar ține cont de psihologia bio-antropologică, lecturată prin optica doctrinelor respective.

*

* *

Tulburarea mintală a fost tradițional o problemă a medicinei psihiatrice. Cunoaşterea pe care se bazează practicarea psihiatriei a fost dintotdeauna expusă în manualele şi tratatele în care ansamblul t.m. sunt descrise şi comentate după toți parametrii clinici, de la etiopatogenie la tratament şi prevenție. Comentând întreaga patologie, manualele şi tratatele prezintă si o clasificare, o sistematizare a t.m., precum şi doctrinele interpretative. Aceste tratate, în trecut exprimau deseori punctul de vedere şi experiența autorului lor sau a şcolii din care el făcea parte, având în general o audiență limitată.

După 1970, internaționalizarea cunoaşterii a făcut să fie necesare sinteze agreate de cât mai mulți oameni şi practicieni din lume. Dar chiar în interiorul unei țări cum este SUA se simțea nevoia unui punct de vedere oficial care să stabilească cel puțin o listă şi o definiție a tulburărilor mintale. Problema era atunci acută pentru psihiatrie deoarece, sub influența psihanalizei, nosologia şi diagnosticul erau lax reproductibile iar mişcarea antipsihiatrică acuza psihiatrii de abuzuri*. În acest context tradiționala clasificare a APA a fost radical revăzută şi pusă pe baze noi. Aşa s-a născut în 1980 DSM-III. DSM-III-R în 1992; – DSM-IV – şi, ca text în 2000 – DSM-IV-TR.

---

* A se vedea Anexa III

Dar principiile sale au rămas aceleaşi, motiv pentru care în lucrarea de față această elaborare va fi invocată – dacă nu sunt în discuție aspecte de detaliu – ca DSM-III-IV. În prezent este în pregătire ediția a V-a prevăzută să apară în 2013. Principiile DSM-III au influențat şi clasificarea internațională a Organizației Mondiale a Sănătății – OMS – care a publicat în 1992 o revizuire (a 10-a) a Manualului de definire şi clasificare a bolilor (International Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10-IV) a cărui capitol al V-lea = F se referă la tulburări mintale. În prezent e în pregătire o nouă ediție, a 11-a, programată să apară în 2012. Prezentul capitol are în vedere tulburările mintale, aşa cum sunt ele circumscrise şi sistematizare în DSM-III-IV şi ICD-10 F.

DSM-III a introdus o nouă concepție în psihiatria şi psihologia medicală în raport cu tradiția. Era vorba în primul rând de un manual de diagnostic şi statistică; dar presupozițiile şi principiile sale au făcut epocă. Între acestea se pot menționa:

Plasarea pe pozițiile filosofice ale empirismului logic iar în perspectiva psihiatrico-psihopatologică pe o poziție neokraepeliniană. Entitățile nosologice, considerate categorial, beneficiind de o circumscriere clară, sunt considerate distincte una de alta şi structurate într-un sistem neierarhizat. Au fost îndepărtate câteva tradiții precum : organizarea ierarhică a sistemului nosologico-nosografic – s.n.n. (aceasta fusese introdusă de Jaspers şi postula o ierarhie între determinismul organic, endogen, psiho-social şi varietatea umană; specificitatea nosologică era considerată mai mică la polul organic); - înlăturarea conceptului de „determinism endogen” şi a celui de nevroză; - opțiunea explicită pentru o neutralitate (cât mai mare posibil) în ceea ce priveşte etiologia (şi implicarea doctrinelor psihopatologice). Această înlăturare a etiopatogeniei din definiție neobişnuită în medicină a avut drept consecință că „tulburarea mintală în general” a trebuit să fie definită, pe lângă simptomatologie (”un sindrom

semnificativ clinic") prin consecinţele acestuia : suferinţa (distres) şi deteriorare (impairment) în funcţionarea socială.

DSM-III a fost elaborat în primul rând, pentru a fi riguros, clar, comprehensibil şi pentru a facilita reproductibilitatea diagnosticului, prin circumscrierea t.p. pe criterii de diagnostic explicite, utilizându-se definiţii operaţionale. Pentru fiecare tulburare sunt prezentaţi un număr de itemi (=simptome) a căror prezenţă, într-un număr minim, defineşte boala. Optica unui diagnostic riguros s-a lărgit în perspectiva evaluării cantitative, prin scale de evaluare şi prin ridicarea uniformă a informaţiilor cu ajutorul chestionarelor standardizate şi semistandardizate.

DSM-III a favorizat ştienţificacitatea şi prin orientarea empiristă şi presupoziţia că esenţialul în t.m. stă în disfuncţii ale encefalului. Această presupoziţie – consonantă cu atitudinea neokraepeliniană, deoarece şi psihiatria clinică din vremea lui Kraepelin o avea în vedere – a fost favorizată şi de avansul concomitent al cognitivismului neoraţionalist, care s-a bazat mult pe dezvoltarea neuroştiinţelor şi a inteligenţelor artificiale. În apariţia şi dezvoltarea sa DSM-III-IV a pus mare accent pe cercetări în teren – field trial-uri - şi pe experienţa clinică a experţilor din centre reputate ştiinţific. Între obiectivele declarate ale manualului autorii subliniază valori ca : claritatea, uşurinţa în utilizare, comunicativitatea şi reproductibilitatea diagnosticelor. Categoriile nosologice au fost introduse sau respinse şi pe aceste criterii. După cum un alt criteriu important a fost consensul. În cele din urmă entităţile acceptate au trebuit să treacă proba majorităţii votului în consiliul de experţi. Redactarea iniţială şi a tuturor variantelor s-a făcut prin dezbatere publică, într-o atmosferă democratică.

Caracterizarea generală a t.m. acceptată de DSM-III-IV a fost prezentată în capitolul 1 (1.6.). Manualul cuprinde un număr finit de entităţi nosologice discrete. Dar, are şi un capitol cu propuneri pentru noi entităţi. O nouă includere oficială e făcută însă doar cu ocazia unei noi ediţii. Entităţile aceptate sunt

prezentate într-o anumită ordine, constituindu-se astfel un sistem nosologico-nosografic (s.n.n.). În principiu, ordinea prezentării este asemănătoare cu cea tradițională repectând polarizări de vârstă şi de condiționare predominent organică sau psiho-socială.

S.n.n. al psihiatriei, la fel ca orice s.n.n. din medicină, se bazează pe ştiința tradițională şi nouă a clasificării. Clasificarea şi taxonomia au în vedere posibilitatea de a plasa realitățile, ideile, lucrurile şi stările individului în grupe sau clase, care până la un punct sunt nearbitrare. Încă Aristotel introducea ideea că atât gândirea cât şi realitatea se referă la genuri, specii şi indivizi, care reprezintă niveluri diferite şi concentrice de realitate. Principiul ordonării ierarhice s-a afirmat în nenumărate variante de-a lungul istoriei omenirii, Piaget regăsindu-l ca o caracteristică a gândirii omeneşti (Piaget, 1963). Totuşi, ordonarea taxonomică cuprinde şi o parte de arbitrar, care uneori nu deranjează, ca de ex. în ordonarea cărților într-o bibliotecă. În ştiințe se impune însă şi o bază reală a sistematizării datelor, biologia tinzând de exemplu spre utilizarea unor criterii evoluționiste. Taxonomia nosologiei medicale s-a bazat pe diverse criterii, invocând organele afectate, semiologia, etiologia. În psihiatrie cunoştințele de etiologie rămân insuficiente fapt care acordă prioritate semiologiei. Descrierea şi denumirea bolilor psihice în sec.XIX şi XX a sedimentat un fond tradițional de sindroame psihopatologice care s-au impus odată cu studierea bolnavilor internați. Coerența reunirii simptomelor în aceste sindroame nu a fost însă suficient fundamentată. Faptul a făcut să se sugereze şi să se practice în ultimul timp şi o taxonomie numerică (propusă în 1962 de Sneith şi Goskal) în sensul unor liste de simptome bazale care conduc spre sindroame doar prin frecvența crescută a concomitenței. Această idee permite o flexibilitate crescută în abordarea sindroamelor şi a făcut ca sistemul DSM-III-IV să fie politetic. Dar perspectva excesiv de neutrală şi empirică în ceea ce priveşte sindromatologia psihopatologică nu poate susține validitatea acestora, mai ales în fața argumentelor evoluționiste, cognitiviste şi fenomenologice.

Principiile oricărei sistematizări impune o ordine şi o ierarhie ce se referă la clase, tipuri, subtipuri. Într-un s.n.n. e important să se precizeze o listă oficială finite a entităților acceptate, o ordine în care acestea sunt prezentate şi un indice de identificare.

Un manual ca DSM-IV-TR şi ICD-10 F exprimă cunoştințele în domeniu ale unei epoci şi un consens suficient pentru a permite comunicarea între specialişti. Aspectul oficial al sintezelor respective e important nu doar pentru a asigura o bună practică a specialiştilor în domeniu ci şi pentru: - raportarea oficială a cazurilor diagnosticate; - studii epidemiologice; - rambursarea cheltuielilor de către casele de asigurări; - învățământul de toate gradele; - cercetarea ştiințifică şi evaluarea rezultatelor unor terapii; - evaluarea costurilor generale ale societății în direcția sănătății mintale şi planificarea resurselor. De aceea, redactarea manualelor de diagnostic este realmente o importantă problema publică.

4.2. Structura D.S.M.-IV.TR

DSM-III-IV sunt manuale dedicate exclusiv diagnosticării tulburărilor mintale. DSM-IV-TM prezintă 13 mari grupe de entități nosologice, la care se adaugă una privitor la „alte condiții ce pot focaliza atenția clinică” :

Principiul ierarhic a lui Jaspers este atenuat dar nu părăsit. Decuparea entităților nosologice nu urmează întru totul tradițiile clinico-psihiatrice europene – de ex. în cazul clasicei nevroze histetice – iar gruparea unor tulburări are la bază în unele cazuri criterii exterioare, formale – ca în cazul tulburărilor somatoforme.

În privința limbajului utilizat, DSM-III-IV a avut mare grijă de e evita termenul de “nevroză”. Aceasta nu doar pentru că este confuz, ci şi din cauza marii presiuni pe care psihanaliza o avea în SUA asupra psihiatriei, până în deceniul al 8-lea al sec.XX, oarecum în detrimentul unor abordări mai “pozitiviste”. Problema nu s-a pus la fel în ICD 10. De asemenea, s-au evitat

expresiile de “condiționare organică” şi “condiționare psihogenă” deşi sunt prezentate tulburările care sunt evidente şi astfel condiționate. De exemplu, demența şi deliriumul sunt comentate fără aceste precizări în titlu, iar reacția de stres postratumatic pur şi simplu e inclusă printre tulburările anxioase, deşi este evident condiționată reactiv, psihogen. Expresiile de “psihoză” şi “tulburări psihotice” sunt utilizate predominant în capitolul dedicat schizofreniei. În glosarul de la sfârşitul cărții psihoza este explicată prin trimiterea la delir şi halucinații, dar acceptându-se că poate include şi vorbirea şi comportamentul grav dezorganizat. În cercetarea tulburărilor dispoziționale, mania şi depresia sunt considerate ca având modalități de manifestare ce sunt „fără simptome psihotice”, contrazicând astfel tradiția kraepeliniană care plasa „psihoza maniaco-depresivă” alături de „psihozele schizofrene”.

Fiecare diagnostic are un cod principal care indică categoria şi care e format din trei cifre. La acestea se mai pot adăuga două cifre pentru specificare, privitoare la tip, mod evolutiv, intensitate.

De exemplu:

295XX – Schizofrenie

.10 – tipul dezorganizat

.20 – tipul cataton

.30 – tipul paranoid

.40 – tulburare schizofreniformă

.60 – tipul rezidual

.70 – tulburare schizoafectivă

.90 – tipul nediferențial

Categoriile nosologice comentate în DSM-IV-TR, pentru care se furnizează criterii de diagnostic, sunt:

1. Tulburări în mod obişnuit diagnosticate pentru prima dată în copilărie şi

adolescență*:* - Retardarea mentală: uşoară, moderată, severă, profundă, de severitate nespecificată; Tulburări ale învățării: ale citirii, matematicii, ale expresiei scrise; Tulburări ale abilității motorii: tulburări developmentale de coordonare, tulburări ale limbajului expresiv, ale limbajului expresiv-receptiv; Tulburări fonologice; Balbismul; Tulburarea autistă: tulburarea Rett, tulburarea desintegrativă a copilăriei, tulburarea Asperger, tulburarea pervasivă developmentală nespecificată în altă parte (incluzând autismul atipic)Tulburarea de deficit al atenției şi hiperactivitatea; Tulburările de comportament: tulburarea opozițional provocatoare; Tulburările alimentare şi nutriționale ale prunciei şi copilăriei timpurii: pica, tulburarea ruminativă, tulburarea nutrițională; ulburarea ticurilor: tulburarea Tourret, tulburarea ticurilor motorii şi vocale cronice, tulburarea trecătoare a ticurilor; Encompresis; Enuresis; Anxietatea de separare; Mutismul selectiv; Tulburarea reactivă de ataşament; Tulburarea mişcărilor stereotipe

2. Delirium, demența şi amnezia şi alte tulburări cognitive *:* Delirium indus de substanțe, de intoxicație, de sevraj; Delirium condiționat de multiple etiologii;Demența : de tip Altzheimer, vasculară (multiinfarct), datorată altor condiții medicale (din infecția cu virus HIV), datorită unui traumatism cranian (din boala Parkinson, din boala Huntington, din boala Pick, din boala Creuzfeldt Jakobs), datorată altor condiții medicale generale. Demența indusă de substanțe cu multiplă etiologie; Tulburări amnestice datorate unor condiții medicale generale, datorită consumului de substanțe, altor cauze; Tulburări mintale datorate unei condiții medicale generale. Acestea pot fi: delirium, demențe, tulburări amnestice, psihice, de dispoziție afectivă, anxioasă, de disfuncții sexuale, de tulburări de somn, de asemenea catatonia şi schimbarea personalității.

3. Tulburări corelate consumului de substanțe: Dependența de substanțe, abuzul, intoxicația, sevrajul, altele (delirium, demența, amnezia, psihoza, tulburarea dispoziției afective, anxietate, sexuale, tulburări ale somnului). Privitor la substanțe se comentează separat tipul de substanțe: alcool, amfetamine, cofeină, canabis, cocaină, halucinogene, substanțe inhalante, nicotină, opioide, phenciclidina, sedative (hipnotice şi anxiolitice), altele şi necunoscute

4. Schizofrenia şi alte tulburări psihotice: Schizofrenia, subtipurile paranoidă, dezorganizată, catatonă, nediferențiată, reziduală; modele evolutive: episodic cu simptome reziduale interepisodice, predominent cu simptome negative, episodică fără simptome interepisodice reziduale, continuă, episod unic cu remisie completă, alte forme nespecificate de evoluție; Tulburarea schizofreniformă; Tulburarea schizoafectivă; Tulburarea delirantă; Tulburarea psihotică scurtă; Tulburarea psihotică indusă de aportul de substanțe; Tulburări psihotice nespecificate.

5. Tulburări ale dispoziției: Episodul depresiv major; Episodul maniacal*;* Episodul mixt; Episodul hipomaniacal; Tulburare depresivă majoră: episod singular, episoade recurente; Tulburare distimică; Tulburare depresivă

nespecificată; Tulburare bipolară II: episod maniacal singular, cel mai recent episod mixt, cel mai recent episod depresiv sau nespecificat; tulburare bipolară II (episoade depresive majore recurente cu episoade hipomaniacale) ; Tulburare ciclotimă; Tulburări ale dispoziției datorate unei condiții medicale generale şi induse de consumul de substanțe. Pentru cel mai recent episod depresiv, maniacal şi mixt se fac precizări în ceea ce priveşte severitatea (uşoară, moderată, severă fără simptome psihotice şi cu simptome psihotice congruente şi incongruente, în remisie parțială sau totală); Cronicitatea, aspectul cataton, melancolic, aspectul atipic; specificitate în ceea ce priveşte debutul postpartum; Specifică în ceea ce priveşte cursul (cu sau fără remisiune interepisodică); specificarea patternului sezonier; specificarea ciclurilor rapide.

6. Tulburările anxioase: Atacul de panică; Agorafobia; Tulburare de panică fără agorafobie şi cu agorafobie; Fobia simplă; Fobia socială; Tulburarea obsesiv-compulsivă; Tulburarea de stress posttraumatic; Tulburarea de stress; Tulburarea de anxietate generalizată; Tulburarea anxioasă datorată unei condiții medicale generale şi a consumului de substanțe

7. Tulburări somatoforme: Tulburări de somatizare; Tulburare somatoformă nediferențiată; Tulburarea conversivă; Tulburarea durerii (somatice, psihogene); Hipocondria; Tulburări dismorfic-corporale

8. Tulburări factice (artificiale) – cu simptome şi semne predominant psihalgice, fizice, combinate

9. Tulburări disociative: Amnezia disociativă; Fuga disociativă; Tulburarea disociativă de identitate; Tulburarea de depersonalizare

10. Tulburări de identitate sexuală şi a genului: Disfuncții sexuale; Tulburări ale dorinței sexuale; Dorință sexuală scăzută; Tulburarea arousalului sexual la femei; Tulburarea erectilă la bărbați; Tulburarea de orgasm la femei; Tulburarea de orgasm la bărbați; Ejacularea precoce; Dispareunia; Vaginism; Disfuncții sexuale datorate unei condiții medicale generale şi a consumului de substanțe; Parafilii: exhibiționismul, fetişismul, frotteurismul; Pedofilia; Masochismul sexual; Sadismul sexual; Fetişismul travestistic; Tulburări de identitate a genului

11. Tulburări de alimentație: Anorexia nervoasă; Bulimia nervoasă

12. Tulburări ale somnului: Insomnia primară; Hipersomnia primară; Narcolepsie; Tulburări ale somnului corelate respirației; Tulburări de somn corelate ritmului circadian; Parasomnii: cosmaruri nocturne; Teroarea nocturnă (tulburarea terorii de somn); Tulburări ale trezirii din somn; Tulburări ale somnului corelate altor tulburări mintale: insomnia, hipersomnia; Tulburări ale somnului datorate unei condiții medicale generale, consumului de substanțe;

13.Tulburări ale controlului impulsurilor neclasificate în altă parte: Tulburarea explozivă intermitentă; Cleptomania; Piromania; Joc de noroc patologic; Trichotilomania

14. Tulburări de adaptare: cu dispoziție depresivă, cu anxietate, cu stare mixtă depresiv-anxioasă, cu tulburare a comportamentului, cu tulburarea emotivității şi comportamentului, nespecificată.

15.Tulburări ale personalității: paranoidă, schizoidă, schizotipală, antisocială, borderline, histrionică, narcisistă, evitantă, obsesiv-compulsivă, nespecificată.
16. Alte condiții ce pot focaliza atenția clinică: Distorsiuni ale mişcărilor induse de medicamente*;* Probleme relaționale datorate tulburărilor mintale sau unei condiții medicale generale (a relației părinte-copil, a partenerilor, a fraților); Probleme corelate abuzului sau neglijării (abuzul fizic sau sexual al copilului şi adultului, neglijarea copilului)

Noncomplianța la tratament; Minciună; Comportamentul antisocial al adolescentului şi adultului; Neglijarea copilului; Funcționare intelectuală marginală; Declin cognitiv corelat vârstei; Doliul; Probleme academice; Probleme ocupaționale; Probleme de identitate; Probleme religioase şi spirituale; Probleme de aculturație; Probleme ale fazelor vieții.

Lista t.m. din DSM-IV-TR este consonantă în mare măsură cu cea din tratatele tradiționale. În acestea exista însă o argumentare etiopatogenică care formal e acum refuzată. În Tratate, această interpretare se baza pe conceptele clasice ale psihopatologiei clinice structurate în prima jumătate a sec.XX, mai ales în psihopatologia germană şi franceză. Deoarece acestea în prezent nu sunt negate ci doar neglijate sau trecute în umbră, le menționăm la acest nivel*. Tradițional se consideră că la baza stărilor psihopatologice stau :

- Nedezvoltarea suficientă sau dezvoltarea parțială, dizarmonică, nefirească a psihismului în timpul ontogenezei; aceasta duce fie la defecte definitive globale sau parțiale, fie la întârzierea în dezvoltare sau dezvoltarea dizarmonică a personalității.
- Deteriorarea irecuperabilă a funcțiilor psihice prin procese organice cerebrale. Şi aceasta poate fi globală sau să vizeze predominent anumite funcții. Prototipul acestora este demența. Dar fenomenul se poate produce după variate afectări cerebrale la diverse vârste. - Disoluții ale câmpului de conştiință, ale vigilității conştiente de obicei prin suferințe organic cerebrale. La baza acestora stă sindromul de delirium;

---

* A se vedea Anexa III

fenomenul se desfăşoară după modelul somnului cu vise şi e în principiu reversibil.

- Reacția comprehensivă în urma trăirii unui eveniment de viață cu o semnificație deosebită; aceasta e şi în principiu reversibilă. În domeniul stărilor psihopatologice condiționată psihosocial elaborările psihopatologice sunt însă complexe.

- Dezvoltarea prevalențială – sau centrată de o idee supraevaluată. Aceasta se manifestă de obicei la persoane dizarmonice în corelație cu evenimente trăite dar după un model în care factorii personalitătii proprii joacă un rol important.

- Fazele psihopatologice periodice ale unei psihoze endogene; în acest caz apar periodic, ciclic, episoade psihopatologice fără o cauză determinantă actuală clară. Fazele sunt în principiu reversibile. În aceste cazuri bio-psio-ritmicitatea joacă un rol important. Prototipul era psihoza maniaco-depresivă.

- Procesul psihopatologic destructurant care constă din apariția fără cauze actuale evidente a unei stări psihotice (cu manifestări dezorganizante, halucinatorii, delirante). Este perturbată însăşi structura psihismului, cu producerea unei „rupturi" psihice şi funcționarea la un nivel inferior. Prototipul era schizofrenia.

- Defectul psihic, apare mai ales după episoade procesuale dar şi fazice. Ultimele trei eventualități avute în vedere de psihopatologia clinică tradițională aduceau în discuție un determinism „endogen", concept refuzat de DSM-III-IV.

În DSM-IV-TR toate entitățile menționate sunt considerate ca şi categorii nosologice în principiu distincte, ca si cum pacientul le-ar putea avea, separat, doar pe una dintre ele, de-alungul întregii vieți. De aceea la fiecare din ele se comentează în textul ce precede sinteza criteriilor : - aspecte care susțin diagnosticul; - aspecte şi tulburări asociate; - aspecte specifice corelate culturii, vârstei, genului, prevalența, cursul (evoluția): - diagnosticul diferențial; Fiecare categorie e caracterizată în final prin criterii de diagnostic explicite, care specifică criteriile lor de includere şi de excludere.

Criteriile de diagnostic conțin pentru fiecare entitate :

A.Precizarea că un număr minim x din totalul y de simptome menționate explicit în text, trebuie să fie prezente pentru o perioadă de cel puțin Z (zile, săptămâni, luni); uneori se precizează la acest nivel simptomele cele mai importante dintre care cel puțin una să fie prezentă.

B.Simptomele pe care le prezintă subiectul să nu îndeplinească criteriile pentru o altă categorie precizată;

C.Simptomele să cauzeze o suferință (distress) semnificativă şi/sau o deteriorare în ariile de funcționare sociale, ocupaționale, interpersonale sau alte arii importante ale vieții sociale;

D.Simptomele să nu fie consecința efectelor, fiziologice a utilizării de substanță (abuz de droguri sau medicație) sau a unei condiții medicale generale. Desigur, în afara categoriilor care sunt circumscrise tocmai prin această entitate;

E.Simptomele nu sunt mai bine explicabile printr-o altă condiție ca de exemplu….

Uneori mai sunt specificări legate de vârstă sau de alte condiții. De exemplu în cazul episodului depresiv major se cere prezența a cel puțin 5 din 8 simptome enumerate care să fie prezente continuu cel puțin 2 săptămâni cu schimbarea funcționării anterioare; iar dintre simptome să fie prezent cel puțin unul din primele 2, adică 1).o dispoziție depresivă specialăşi 2). pierderea intereselor şi plăcerii. Simptomele nu trebuie să îndeplinească criteriile pentru episodul mixt. Simptomele să nu fie mai bine explicate prin doliu, adică starea de după pierderea cuiva drag decât dacă simptomele persistă mai mult de 2 luni sau se caracterizează printr-o deteriorare funcțională marcată, preocupări morbide pesimiste, ideație suicidară, simptome psihotice, sau inhibiție psihomotorie.

La unele categorii se precizează subtipuri şi/sau modele evolutive.

Diagnosticul diferențial este cu grijă comentat la fiecare categorie, chiar dacă e de făcut cu multe alte categorii, în efortul de a o diferenția ca o entitate

distinctă. Totuşi comentariile de la paragraful "aspecte descriptive şi tulburări mintale asociate" arată că, practic aproape nici o tulburare descrisă ca entitate distinctă în DSM-IV, nu evoluează independent ci cu variate "comorbidităţi". Acest paradox nu e rezolvat în cadrul sistemului şi conduce la o ambiguitate care este acceptată tacit. Cel puţin selecţionarea unor cazuri "pure" pentru cercetare devine astfel, pentru unele entităţi extrem de dificilă.

Rezumând cele menţionate mai sus se poate spune că sistemul de clasificare şi diagnostic DSM-IV-TM este elaborat cu intenţia de a fi un construct teoretic care circumscrie cât mai precis operaţional entităţi maladive psihiatrice ce se vreau a fi distincte. La lectura manualului totul apare riguros articulat într-o arhitectonică clară şi aparent neambiguă. În conformitate cu proiectul explicit al programului nu e vorba de a înţelege oamenii suferinzi ci de a distinge entităţi care se pot găsi, care pot fi identificate la unii oameni; pe care indivizii uneori le pot poseda iar diagnosticul le poate preciza. De aceea de la început şi până în prezent DSM-IV-TM (în continuarea DSM-III) a fost şi este utilizat pentru cercetare. Sistemul se străduieşte să elimine tot ceea ce e confuz, vag, aproximativ, neprecizabil. Dar şi tot ceea ce e personal, individual d.p.d.v biografic sau contextual.

Autorii DSM-IV precizează din introducere că sistemul nu trebuie aplicat mecanic, că el se cere utilizat de cei ce sunt cunoscători, au fost educaţi şi s-au antrenat în diagnostic. Totuşi, propensiunea spre claritate şi rigoare îndeamnă inevitabil spre un operaţionalism ce presupune sau invită la algoritme. Adică la aplicarea de arbori decizionali pentru diagnosticul diferenţial, aşa cum sunt aceştia prezentaţi în apendicele A al manualului. Această propensiune spre gândirea mecanică e rezultatul firesc al asumpţiei ontologice formulată explicit în introducerea care pretinde "să se diagnosticheze boli (tulburări) şi nu oameni (suferinzi, bolnavi)".

Paradoxul care postulează existenţa unor entităti nosologice posibil pure când de fapt aproape toate există doar împreună cu altele în diverse forme de

“comorbiditate”, este şi expresia unei tendinţe spre medicalizare şi “psihiatrizare” a vieţii sociale care se constată în societăţile industrializate şi în cele postindustriale. Ea evoluează paralel cu tendinţa de a multiplica entităţile morbide prin creşterea numărului categoriilor nosologice, prin descrierea unor entităţi tot mai mici care astfel pot fi delimitate mai precis şi mai riguros.

Există argumente în favoarea şi împotriva acestei tendinţe. Ele pot fi prezentate într-un tabel. (Tabel XIII)

Problemele ridicate mai sus sunt în centrul dezbaterii privitoare la comorbiditate. Dar ele sunt în mare măsură dependente de felul în care entităţile nosologice sunt formulate. De ex.dacă se consideră entităţi diferite atacul de panică şi agorafobia precum şi agorafobia fără atac de panică şi cea cu atac de panică, entităţile nosologice sunt evident multiplicate faţă de un algoritm de

Tabel XIII

Argumente privitoare la multiplicarea entităţilor nosologice

Argumente în favoarea	Argumente împotrivă
oferă noi oportunităti pentru noi medicamente – o mai mare deschidere a pieţii	există slabe argumente pentru stabilitatea în timp a tuturor micilor entităţi diagnostice
promovează cercetarea, mai ales în direcţia comorbidităţii	există slabe argumente pentru stabilitatea în timp a noilor diagnostice
crează condiţii mai bune pentru studii epidemiologice	există o slabă evidenţă a eficacităţii farmacologice sau psihologice în perspectiva tratamentului
aduce un suport pentru mecanismele de acţiune în cercetarea farmacologică	evidenţa privitoare la diferenţele în evoluţie este slabă. Există o slabă sau nulă evidenţă în ceea ce priveşte substratul genetic al fiecărei tulburări specifice

diagnostic care ar corela aceste aspecte clinice, menţinând doar primele două entităţi nosologice ca posibil – dar nu obligator – independente.

*

* *

Un aspect particular îl reprezintă felul în care DSM-III-IV se raportează la posibila distincție între episodul psihopatologic izolat şi tulburarea mintală, concepută ca o succesiune de episoade din aceeaşi clasă care se manifestă pe un teren particular, aşa cum a fost pusă problema în capitolul 1 (1.5.).

Termenul de tulburare este unul generic în DSM-III-IV, el aplicându-se într-o manieră subînțeleasă şi episodului psihopatologic (ep.pt.). Totuşi în capitolul Tulburări ale dispoziției, se face diferența între "episoade dispoziționale" care pot fi : ep.pt.depresiv major, ep.pt.maniacal, ep.pt.mixt, ep.s. hipomaniacal; pe de altă parte şi "tulburări" depresive care pot fi : tulburarea (tb) depresivă majoră, tb.distimică, tb.bipolară I cu variate subtipuri, tb. bipolară II cu diverse aspecte, tb.ciclotimă, tulburări ale dispoziției. Comentariul continuă cu criterii de specificare a severității, a prezenței psihozei, a remisiei pentru episoadele actuale; sau în legătură cu cel mai recent episod depresiv, maniacal sau mixt.

Distincția dintre "episod" şi "tulburare" nu mai e făcută explicit în capitolul privitor la schizofrenie şi alte tulburări psihotice. La schizofrenie se diferențiază subtipurile paranoid, dezorganizant, cataton, rezidual dar nu se menționează că acestea ar putea caracteriza episoade din cursul manifestării schizofreniei. Nici la nivelul în care e comentat modelul evolutiv al schizofreniei – de exemplu evoluție episodică cu simptome reziduale intermediare etc. problema nu e clar comentată. Deşi, se menționează posibilitatea existenței unui unic episod urmat de remisie completă. În continuare, în acelaşi capitol se vorbeşte de tulburare schizofreniformă, schizo-afectivă, delirantă, de tulburarea psihotică scurtă, fără ca la nici una din aceste entități să se precizeze că ea se manifestă doar pritr-un unic episod sau prin mai multe astfel de episoade care revin, identic ca manifestare, la aceeaşi persoană. Nu e clar dacă pentru diagnosticul de tulburare schizoafectivă sau delirantă este suficient un unic

episod de acest tip. Sau dacă, diagnosticul de tulburare ar caracteriza doar cazurile care au două sau mai multe ep.pt., toate de acelaşi fel. Rămâne astfel greu de etichetat un caz care are un prim episod de psihoză scurtă, un al doilea de psihoză delirantă persistentă, urmată de un episod schizofren şi de unul schizomaniacal. Toate aceste tulburări sunt descrise în DSM-IV dar se subînțelege că sub formă de episoade. Configurarea unei tulburări prin episoadele succesive nu e comentată. Astfel, conform literii textului din DSM-IV ar exista doar o tulburare "schizo-afectivă" în ansamblu şi nu "episoade schizo-afective" care să apară în cadrul evoluției unei schizofrenii, a altei tulburări psihotice sau a unei tulburări bipolare.

La fel în cazul tulburărilor anxioase distincția dintre episod şi tulburare nu e făcută. Problema de limbaj e rezolvată prin faptul că, spre deosebire de tulburările dispoziției – unde se vorbeşte de episodul de depresie majoră, episodul maniacal, hipomaniacal, mixt – acum se folosesc expresii ca "atacul de panică", "agorafobie", "fobie specifică", "fobia socială". Evitarea specificării dacă e vorba de un unic episod sau de mai multe e atenuată de situația că patologia fobică nu se desfăşoară ca o stare anormală continuă ca depresia, mania sau starea delirant halucinatorie ci este trăită circumstanțial, cu ocazia contactului cu situația sau obiectul fobogen. Totuşi pentru orice clinician este evident că există stări fobice – de exemplu de agorafobie sau fobie socială – care au un debut precizabil în timp şi care după o perioadă evolutivă sau în urma tratamentului se pot remite. Deci, că putem întâlni episoade fobice. Iar astfel de episoade pot reveni după un timp cu aceeaşi simptomatologie. Sau, eventual cu o altă constelație de fobii. E interesant că în acelaşi capitol se vorbeşte de "tulburarea" de stres posttraumatic deşi e evident că, cel puțin la început sau pentru forma acută, este vorba de un unic "episod". Faptul sugerează că un episod prelungit sau care are consecințe ulterioare mult timp, poate să fie etichetat ca tulburare.

Diferența dintre episod şi tulburare care e comentată la nivelul tulburărilor dispoziției e perfect justificată. Faptul că ea nu mai e aplicată în cadrul celorlalte capitole, este o expresie a inconsecvenței acestui sistem ce se vrea clar, precis şi riguros. Este de fapt vorba de o ambiguitate conceptuală care nu duce până la capăt proiectul inițial de a crea distincții explicite în nosologie. Şi, mai mult, expresia lipsei unei concepții nosologice structurată elastic şi ierarhic, care să articuleaze manifestările episodice cu configurații nosologice mai ample, atât în plan abstract teoretic cât şi ca receptanță a realității clinice nemijlocite. Această ambiguitate crează probleme în comentarea comorbidităților şi importante dificultăți în cercetare, unde se cer delimitate cazuri clar definite nu numai sincron ci şi diacron.

Abordarea destul de vagă a conceptului de tulburare mintală în DSM-IV-TM cu absența distincției între episod şi tulburare crează probleme atunci când clinicianul abordează psihopatologia unui om pe fundalul existenței sale normale şi a derulării ciclurilor vieții. Abordarea sintetică trebuie să înțeleagă vulnerabilitatea persoanei, tranzițiile între normalitatea psihică, stările excesive sau de limită, episoadele subclinice şi stările psihopatologice de intensitate clinică, fiecare, cu gravitatea lor, ce poate varia de la un episod la altul. Dar DSM-IV-TM nu se vrea o abordare sintetică ci una riguroasă ştiințific şi sigur standardizată.

4.3 Clasificarea ICD-10.F

Clasificarea bolilor psihice realizată de Organizația Mondială a Sănătății e parte componentă a unor programe mai ample şi nu un manual dedicat doar tulburărilor mintale ca DSM-III-IV. În ceea ce priveşte volumul în care se prezintă descrierile clinice şi interpretările diagnostice a tulburărilor mintale şi de comportament, acesta este doar un capitol, al V-lea (F) din ediția a 10-a a clasificării diagnosticului bolilor în general, adică a tuturor bolilor. De asemenea el este doar o piesă dintr-o familie de publicații privitoare la diagnosticul tulburărilor mintale care se referă, pe lângă acest manual, la : - criterii de

cercetare, - diagnostic pe axe, - tulburări mintale pentru uzul medicilor generalişti; - instrumente de evaluare ca CIDI, SCAN; - sistemul de evaluare a defectelor, disabilităţilor şi handicapurilor (C.I.F.).

Această poziţionare diferită în obiectivul de redactare induce o primă diferenţă între Cap.V (F) din ICD-10 şi DSM-IV-TR. O alta ţine de obligativitatea autorilor ICD-10 Cap.V (F) de a ţine cont de experienţa şi punctele de vedere a celor din întreaga lume, de tulburările celor ce trăiesc în diverse societăţi sau culturi şi nu doar de cei ce-şi desfăşoară existenţa în cea mai avansată ţară din perspectiva civilizaţiei materiale din emisfera occidentală, care e SUA. Un exemplu din partea introductivă e edificator. În definirea demenţei deficienţele funcţiilor intelectuale (atenţie, percepţie, memorie etc.) sunt considerate ca importante în diagnostic; şi la fel, disabilităţile mintale (incapacităţile de a efectua acte specific umane ca a vorbi, comunica, a se deplasa, a se autoîngriji etc.). Dar handicapul, în sens de deficienţă în funcţionarea în roluri sociale e aşa de diferit de la o ţară la alta, în diverse contexte culturale, cu o imensă varietate a rolurilor, solicitărilor şi pretenţiilor încât nu poate fi luată în considerare ca semnificativ oriunde în lume. Căci nu oriunde e o axiomă că omul trebuie să fie performant într-o profesie sau în relaţionarea socială, socialmente standardizată, în manieră extrovertită, până la o vârstă înaintată, aşa cum e în SUA.

În elaborarea ICD-10 exigenţa pentru un diagnostic aşa de riguros încât să poată fi un instrument util în cercetare, nu a fost aşa de stringentă ca în DSM-IV-TM, deoarece s-a elaborat un manual separat pentru diagnostice de cercetare. Care este şi el ceva mai lax ca DSM-IV pentru a putea fi folosit în diverse civilizaţii. Această parţială relaxare face ca nu toate entităţile nosologice să fie încorsetate automat în aceleaşi canoane. Deşi, majoritatea caracterizărilor respectă o schemă generală care e prezentă şi în DSM-IV-TR. Este utilizat inclusiv principiul categorial politetic, a diagnosticării unei entităţi prin

identificarea prezenței unui minimum de itemi dintr-un maximum ce caracterizează suficient şi semnificativ entitatea respectivă.

Şi în ICD-10-F(V) există o deosebită grijă pentru limbaj. Termenul de "endogenie" nu e utilizat. Dar, pe lângă cel de "psihoză" e folosit şi cel de "nevroză", ca opțional, neexistând conflictul din SUA cu psihanaliza. Modul de grupare a tulburărilor este abordat dintr-o perspectivă mai largă ce respectă în mai mare măsură tradiția psihiatriei occidentale. Sistemul de clasificare este constrâns de numărul limitat de 10 poziții pe care sistemul general al ICD-10 îl punea la dispoziția psihiatriei, la fel ca şi a altor specialități. Dar şi concepția asupra tulburării mintale apare ca fiind mai sintetică. Nu se resimte presiunea unor grupuri de interese şi nici a votării membrilor comisiei responsabile cu redactarea textului, sub presiunea controlului presei şi a dezbaterii opiniei publice prin mass media. Întreg sistemul acceptă explicit zone destul de vagi şi neprecise de cunoaştere; precum şi a unor termeni sau concepte, care sunt admişi special pentru a stimula cercetarea. Sistemul de clasificare e destul de flexibil. La fiecare capitol se specifică la fel ca în DSM-IV, pozițiile: "alte forme clinice" şi "alte tulburări din această clasă, nespecificate în sistem".

Principalele capitole sunt :

F 00 – F 09 Tulburări mintale organice inclusiv simptomatice;

F10 – F19 Tulburări mintale şi comportamentale datorită utilizării de substanțe psihoactive;

F 20 – F 29 Schizofrenia, tulburările schizotipale şi tulburările delirante;

F 30 – F 39 Tulburări ale dispoziției afective;

F 40 – F 48 – Tulburări nevrotice corelate cu stresul şî tulburări somatoforme;

F 50 – F 59 Sindroame comportamentale asociate cu tulburări fiziologice şi factori somatici;

F 60 – F 69 Tulburări ale personalității şi comportamentului adultului;

F 70 – F 79 Retardarea mentală;

F 80 – F 89 Tulburări ale dezvoltării psihologice;

F 90 – F 99 Tulburări comportamentale şi emoționale cu debut în copilărie şi adolescență.

ICD – 10 este mai tradiționalist ca DSM-IV. Acceptă de exemplu să reunească într-un grup nosologic simptome ale vechii nevroze histerice – fără a menține denumirea – şi nu să le despartă ca în DSM-IV între grupul tulburărilor somatoforme şi a celor disociative de conştiință. De asemenea acceptă diagnosticul de neurastenie care e funcțional în multe părți ale lumii, deşi nu e în SUA. Tulburările sexuale, alimentare şi de somn care în DSM-IV sunt prezentate separat sunt grupate împreună. Unele categorii pe care DSM-IV le acceptă sau asupra cărora insistă, au o pondere redusă în ICD-10, de exemplu tulburarea de personalitate borderline şi narcisistică.

În general ICD-10 e mai precaut în circumscriere,e mai explicit în a accepta caracterul provizoriu şi aproximativ al cunoştințelor actuale şi invită mai mult diagnosticianul la gândire, evaluare şi decizie proprie.

4.4. Comorbiditatea între entitățile nosologice

Atât DSM IV-TM, cât şi ICD -10-F, acceptă că în mod obişnuit se pot identifica 2 sau mai multe categorii nosologice, aşa cum sunt definite ele în sistemele respective la acelaşi individ, concomitent sau succesiv. Dacă se defineşte comorbiditatea simplu (după Wittchen et al 1998,) ca "prezența a mai mult decât o tulburare specifică la o persoană într-o perioadă definită de timp" atunci e vorba în aceste cazuri de tulburări comorbide. Dar, aşa cum s-a menționat, nici în DSM-IV nici în ICD-10 tulburare mintală ca entitate mai amplă, nu e definită într-un sens precis, diferit de episodul psihopatologic. E drept că, în sistemele menționate, categoriile nosologice sunt împărțite oficial în capitole : tulburări anxioase, schizofrene, psihotice, ale dispoziției afective etc. Iar apartenența la un capitol sugerează apartenența la o clasă. Astfel încât tulburările din două capitole diferite s-ar putea presupune că fac parte din două clase diferite. Dar în lipsa unei specificări clare în limitele acestor sisteme, nu se

poate preciza că de ex. un atac de panică este mai mult sau mai puțin "comorbid" dacă se întâlneşte împreună cu anxietatea generalizată, tulburarea obsesiv-compulsivă, schizofrenia, depresie majoră sau cu un episod maniacal; ținând seama doar de faptul că o parte din aceste tulburări sunt comentate în capitole diferite. Ideea comorbidității este totuşi acceptată explicit în psihopatologie, fapt ce trebuie să se reflecte şi în formularea diagnosticului.

Există în sistemele menționate unele precizări privitoare la problema: care să fie considerat principalul diagnostic în cadrul formulărilor făcute publice? În DSM-IV TR se consideră că în cazul internării, principalul diagnostic este acela care a condus la internare; iar în ambulator, acela care constituie rațiunea vizitei şi care e responsabil pentru îngrijirile medicale şi tratament. Deoarece în acest sistem se practică diagnosticul pe axe, cel de pe axa I e considerat principalul diagnostic în raport cu cel ce se referă la axa II.

ICD-10 recomandă de asemenea să se evalueze un diagnostic ca fiind principal în funcție de scopul pentru care aceasta se stabileşte. Dacă e vorba de internare sau prescrierea unui tratament, diagnosticul principal este cel ce condiționează internarea sau tratamentul. Dacă se evaluează toate tulburările pe care o persoană le-a avut de-a lungul vieții, diagnosticul principal, cel mai important, poate fi altul decât cel ce stă la baza unei evaluări prezente. Când nu se cunoaşte scopul, se recomandă ca diagnosticele înregistrate de-a lungul vieții să fie notate în ordine cronologică.

Tema comorbidității ridică multe probleme şi a ocazionat diverse dezbateri. Ea are importanță practică pentru a aprecia atitudinea față de starea actuală, pentru evaluarea evoluției şi prognosticului, pentru terapie, pentru cercetare. De asemenea problema comorbidității are importanță teoretică.

Un prim aspect este că, pentru a se considera că e vorba de coocurența a două tulburări, deci pentru a afirma că acestea sunt comorbide, se cere ca ele să fie clar distincte. Acest fapt nu e în mod strict valabil pentru marea majoritate a categoriilor din DSM IV şi ICD-10. Se revine la perspectiva teoretică: cum se

defineşte sau cum se circumscrie o categorie nosologică? Ajunge oare doar decupajul sindromatic semnalat în sistemele menționate? O propunere clasică e cea a lui Kendell (după Tyrer 2000) de a lua în considerare următoarele aspecte pentru existența unei boli (tulburări) distincte în psihiatrie:

Identificarea şi descrierea unui sindrom psihopatologic caracteristic;

Demonstrarea limitelor dintre acest sindrom şi alte sindroame prin funcții discriminatorii;

Studii catamnestice care stabilesc un curs şi un deznodământ specific;

Specificitate terapeutică;

Asocierea cu alte anomalii mai fundamentale, biologice, psihologice, biochimice sau moleculare;

Caracteristicile menționate mai sus au fost încorporate în actuala înțelegere a t.m. ce a fost prezentată în capitolul 1 (1.5.) şi în actualul capitol 2, atât la nivelul ep.pt. cât şi la începutul capitolului 4 (4.1.).

Revenind la punctul de vedere a lui Kendell, se constată precauția autorului de a nu invoca etiologia sau etiopatogenia, aşa de complexe şi discutabile în psihiatrie. De asemenea referirea la un "sindrom psihopatologic caracteristic" poate fi înțeles atât ca episod - de exemplu depresiv- cât şi ca tulburare sindromatică recurentă, ca de exemplu cea monopolar depresivă sau bipolară. Această diferențiere e distinctă de cea care se referă la un "curs şi un deznodământ specific", problemă ce se pune pentru toate tulburările mintale, spre exemplu anorexia mentală, tulburarea obsesiv-compulsivă, agorafobia sau schizofrenia.

În perspectiva de mai sus a lui Kendell nu toate categoriile din DSM-IV şi ICD-10 au o justificare suficientă pentru a fi considerate entități nosologice independente. Şi deci prezența a două dintre ele la aceeaşi persoană să fie considerată comorbiditate. Dat fiind faptul că cele două sisteme au manifestat tendința, de la o ediție la alta, de a multiplica categoriile nosologice diagnosticabile, unele comorbidități ar putea fi considerate un artefact al

criteriilor de diagnosticare distinctivă a două entități care în alte condiții nu sunt diagnosticate separat. Psihiatria tradițională, care nu folosea acest sistem categorial politetic, se referea la entități nosologice mai ample, e adevărat că şi mai vag delimitate, cum ar fi "nevroza anxios fobică" sau "nevroza histerică". În tradiția practicată în România a existat o perioadă în care se utiliza oficial diagnosticul de "nevroză obsesiv-fobică", care reunea un mare număr de tulburări care în prezent sunt descrise în DSM-IV-TM şi în ICD-10 ca entități separate.

Pentru a se face puțină ordine în problema comorbidității s-a făcut sugestia de a se face o analiză atentă a coerenței simptomatologice a episodului. Şi astfel să se diferențieze între tulburările ce fac parte din aceeaşi clasă (de exemplu agorafobia şi fobia socială) şi care sunt numite "homotipice", şi tulburările ce fac parte din clase diferite (de exemplu mania şi patologia obsesiv-compulsivă), care sunt numite "heterotipice". Problema nu e însă simplă. În cazul unei depresii ce prezintă un delir de vinovăție se vorbeşte de obicei de gravitatea episodului şi nu de o comorbiditate a tulburării depresive cu una delirantă. Dacă e vorba însă de prezența unui delir necongruent, paranoid, atunci s-ar putea vorbi de o comorbiditate heterotipică, paranoidia putând fi plasată în altă mare clasă nosologică decât patologia depresivă, mai precis în clasa delirurilor persistente. Totuşi în actualele manuale depresia cu delir necongruent e plasată în aceeaşi categorie cu cea cu delir congruent. Referitor la tulburarea obsesiv-compulsivă se recomandă ca o altă tulburare pe axa I poate fi diagnosticată diferit doar cu condiția ca, dacă această tulburare include simptome de natură obsesională, conținutul obsesiilor şi/sau compulsiilor să fie diferit de ceea ce e specific acelei tulburări. De exemplu ruminațiile pe teme de vinovăție în prezența unei depresii majore vor fi cotate ca simptome depresive. Sau preocuparea cu alimentația în prezent unei tulburări de comportament alimentar nu va fi considerată ca simptom obsesiv-compulsiv.

În cazul comorbidității între două categorii nosologice distincte, în măsura în care aceasta este identificată şi afirmate explicit, se ridică problema relației dintre acestea două,in perspectiva determinismului. Problema este valabilă pentru întreaga medicină. S-au diferențiat următoarele modele de relații între două tulburări A şi B ce sint ambele prezente la o persoană (Lyons, 1997):

Modelul independenței: nu există relații cauzale sau de risc comun pentru tulburările A şi B, care deci apar împreună întâmplător;

Modelul spectrului sau al manifestărilor clinice de grade variate. Se consideră că cele două tulburări sunt strâns corelate în perspectiva etiologiei şî mecanismelor de apariție, dar există variabilități clinice în ceea ce priveşte direcția şi modul de manifestare, completitudinea tabloului clinic, severitatea, defectul. Una din tulburări ar fi o manifestare uşoară sau atenuată a celeilalte; ex. tulburare schizotipală şi schizofrenia.

Modelul predispoziție/exacerbare : o tulburare o precede pe cealaltă şi creşte riscul apariției acesteia.

Modelul complicație/sechelă : cele două tulburări sunt distincte. Cea de a doua se produce din cauza primeia sau în contextul pe care aceasta îl crează; dar ea persistă şi apoi ca un fel de "complicație" a primeia;

Modelul patoplastic/exacerbare : deşi afecțiunile au etiologii diferite, apariția lor împreună face ca una să influențeze modul de manifestare sau de evoluție a celeilalte; aceasta s-ar datora efectului aditiv patoplastic sau sinergic.

În psihopatologie, la fel ca în restul medicinei există desigur comorbidități reale. Unele sunt mai frecvente, altele mai rare. Comorbiditatea între depresie şi anxietate – mai ales anxietatea generalizată – şi cea dintre tulburarea obsesiv-compulsivă şi depresie sunt frecvente. Cea între obsesionalitate şi conversia somatică sau stările disociative de conştiință e rară. În tradiția dihotomiei psihozelor endogene pe care a stabilit-o Kraepelin, s-a considerat multă vreme ca schizofrenia şi tulburarea bipolară se află la poli opuşi; şi deci că, comorbiditatea între aceste tulburări e rară. Apoi s-a acceptat existența unor

episoade sau a unei tulburări schizo-afective. Aceasta a fost recunoscută de o parte din psihopatologi ca o entitate separată, astfel încât prezența sa nu a mai fost considerată comorbiditate de către toți. Şi totuşi, se poate şi în prezent ridica problema dacă în unele cazuri nu există comorbiditate între aceste două tulburări de vreme ce în cursul evoluției unei schizofrenii pot apare ep.pt.afective pure. După cum comorbiditatea între tulburarea obsesiv-compulsivă şi cea bipolară a atras şi ea atenția doar recent, constatându-se chiar că e frecventă. (Hantouche, 2006).

În dezbaterea privitoare la comorbiditatea unui aspect aparte îl ridică diferențierea pe care o face DSM-III-IV între diagnosticul pe axa I, care vizează tulburările episodice şi cel de pe axa II care vizează stări psihopatologice stabile, în principiu tulburările de personalitate – t.p. Un prim aspect constă în faptul că t.p. sunt comentate şi ele categorial în variate tipuri, descrise în principiu ca distincte. Dacă o persoană prezintă trăsături anormale, disfuncționale, din două sau mai multe tipuri, ar fi vorba de o primă comorbiditate. Această situație "comorbidă" e însă foarte frecventă, ea reprezentând de fapt regula. Totuşi, principiul tipologic categorial persistă şi în domeniul t.p.. El e ameliorat de faptul că tipurile sunt grupate în 3 clustere, astfel încât comorbiditatea tipologică se menține deseori în interiorul aceluaşi cluster. În ceea ce priveşte comorbiditatea dintre axele I şi II unele situații sunt realmente frecvente. O parte din ele sunt incluse în aria de comprehensiune a teoriei spectrului. De exemplu comorbiditatea dintre schizofrenie şi t.p. schizoidă sau schizotipală, sau cea între anxietatea socială şi t.p. evitantă. Alte comorbidități frecvente necesită trimiterea la elaborări teoretice mai ample. Astfel tulburările depresive şi anxioase sunt mai frecvent comorbide cu t.p. din clusterul C, adică t.p. dependentă, evitantă, obsesiv-compulsivă. Această ocurență a fost comentată de Tyrer în conceptul larg nosologic de "cotymie", ca un fel de zonă a unor tulburări predominent nevrotice. (Tyrer,)

Un alt aspect interesant ce apare în comorbiditatea dintre axa I şi II este că, domenii de patologie care în principiu sunt – sau ar fi logic să fie – apropiate, nu apar cu o comorbiditate frecventă. Astfel tulburarea obsesiv-compulsivă – TOC – nu apare mai frecvent statistic, în studiile clinice empirice, la tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă – TPOC. La aceasta se întâlneşte însă frecvent depresia, chiar sub forma tulburării monopolar depresive. Faptul ar putea fi interpretat ca orientarea – sau blocarea – unei orientări de manifestare psihopatologică, fie spre direcţia structurii personalităţii fie în direcţia manifestărilor espisodice. Un alt aspect este acela că tulburarea bipolară – cel puţin în varianta ciclotimiei – poate apare la orice tip de t.p., fapt ce ar sugera că e vorba de o linie psihopatologică relativ independentă.

Comorbiditatea, indiferent cum e concepută sau interpretată trebuie identificată cu cât mai multă acurateţe. Se consideră că, cu cât e mai mare, cu atât prognosticul e mai rezervat şi cazul mai dificil de tratat.

Tema comorbidităţii apre pregnant în modelul medical al psihpatologiei, care pretinde circumscrierea şi identificarea separată a unor entităţi nosologice, bazate pe liste cumulative de simptome. Ea nu mai este la fel de acută pentru alte modele cum ar fi cel psihanalitic, sociologic, evoluţionist, fenomenologic şi chiar developmental. Dar chiar şi d.p.d.v. al modelului medical comorbiditatea se cere evaluată şi înţeleasă pe fundalul terenului şi al biografiei, a întregii dimensiuni a persoanei. Aspectul aparent "critic" pe care-l introduce problematica comorbidităţii psihopatologice tinde în prezent să se integreze în perspectiva mult mai coerentă a "spectrului maladiv".

4.5. Spectrele maladive

În comentarea comorbidităţii situaţia extrenă este cea care consideră că ocurenţa între două categorii este pur întâmplătoare, fără etiopatogenie comună sau alt tip de corelaţie cauzală. Doctrina spectrului, dimpotrivă, acceptă o etiopatogenie comună pentru mai multe entităţi nosologice care pot fi

diagnosticate distinct. Şi care ar diferi prin direcţia de penetraţie al acesteia şi modul sau intensitatea de manifestare. În perspectiva spectrului maladiv e în mod tradiţional citată tulburarea schizotipală care ar fi o manifestare mai puţin pronunţată a schizofreniei. Şi care se manifestă ca o disstructură a personalităţii condiţionată de determinismul ce conduce la schizofrenie. Când se face trimitere la ideea de spectru se are în vedere de obicei o tulburare ţintă bine circumscrisă, în cazul de faţă schizofrenia. Din spectrul acesteia ar mai face parte t.p. schizoidă şi „schizotypia" normală, concepută de Mehl în sensul unor trăsături speciale de caracter. Această viziune care implică şi perspectiva personalităţii reactivează concepţia lui Kretschmer care, în prima jumătate a sec.XX diferenţia între schizotimul normal, schizoidul ca personalitate dizarmonică şi schizofrenia ca boală, toate corelate cu structura corporală leptosomă.

Kretschmer a comentat la timpul său şi o corelaţie între structura corporală picnică, tipul ciclotim, psihopatul cicloid şi psihoza maniaco-depresiv, idee ce este şi ea reluată în prezent, fără o trimitere specială la aspectul corporal, în ideea spectrului bipolar. Pentru început trebuie remarcat că în nosologia actuală tema spectrului, deşi foarte mult dezbătută, nu are încă coordonate suficient de clare care să o întemeieze. De obicei s-a avut în vedere, aşa cum s-a menţionat, câte o tulburare precisă şi pregnantă care implică într-un fel şi personalitatea, fie direct fie indirect, prin defect. Această idee s-a aplicat autismului infantil şi TOC. S-a constatat apoi că există cazuri intermediare între o astfel de tulburare şi manifestări normale, eventual cu forme care cuprind manifestări subclinice. Viziunea categorială, a tulburărilor discrete, s-a combinat astfel cu cea dimensională. La fel s-au constatat tranziţii sau replici în zona t.p. De exemplu în cazul bipolarităţii există persoane care au oscilaţii ciclotime de diverse intensităţi şi persoane cu comportament hipertim. În cazul depresiei există distimie şi mulţi autori acceptă o t.p. depresivă; iar tradiţia milenară vorbeşte de persoane cu temperament melancolic. La fel stau lucrurile în zona patologiei anxioase, mai pregnant în domeniul anxietăţii sociale, cu replică în t.p. evitantă,

cu tranziție spre persoanele normale hiperemotive. Pedopsihiatrii care au descris autismul infantil, în varianta Kanner şi Asperger, au constatat că şi alte boli pot intra în această clasă. Şi apoi, că există forme uşoare ale tulburării Asperger, cu tranziție spre forme de personalitate ce ar putea fi considerate normale dar particulare. În consecință s-a ajuns să se vorbească de un spectru autist.

Este extrem de interesantă evoluția concepției de spectru în domeniul psihozelor, deoarece în ecuație a intrat pe lângă schizofrenie şi patologia stărilor dispoziționale, în sens bipolar şi monopolar depresiv, precum şi patologia halucinator delirantă, mai mult sau mai puțin paranoidă. Aceasta prezintă şi ea forme de intensitate subclinică şi stări marginale în care se evidențiază „idei supraevaluate". În prezent există însă o confuzie în lumea psihopatologilor în ceea ce priveşte conceptul de „psihoză". De aceea, pe marginea psihozelor problema spectrului deşi a intrat pentru moment într-un oareşcare impas, e deosebit de stimulativă pentru o regândire teoretică. Un alt domeniu deosebit de interesant în care tema spectrului s-a afirmat şi se articulează cu problematica psihozelor este spectrul patologic obsesiv-compulsivă, este cel ca pornind de la patologia TOC.

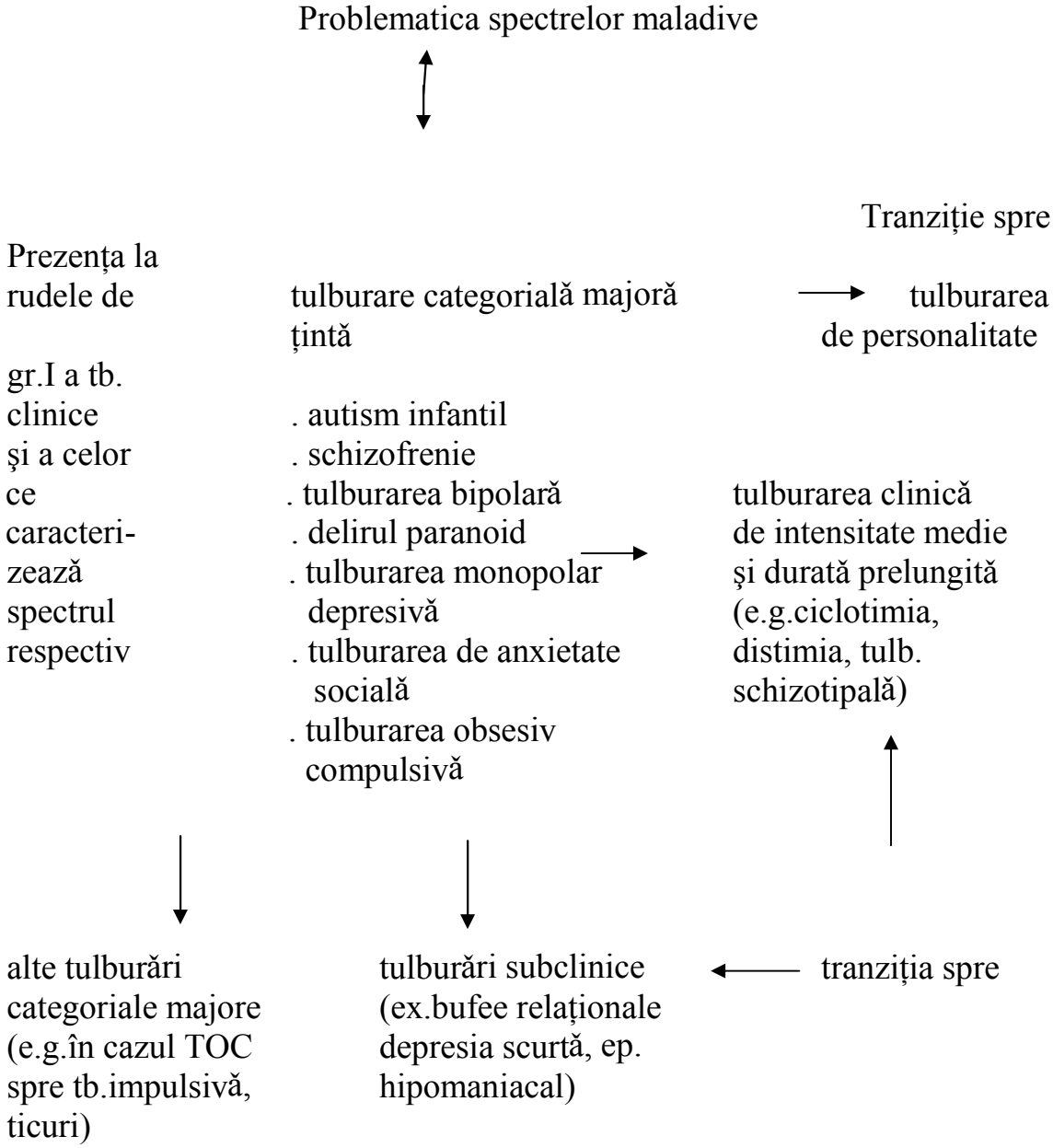
Ar mai fi de precizat că doctrina spectrului s-a dezsvoltat şi e baza studiilor populaționale, mai ales a studierii familiilor celor cu o patologie țintă. Căutând la rudele de gradul întâi nu doar patologia clinică ci toate aspectele pe care le aduce în discuție spectrul maladiv s-au găsit destul de multe argumente pentru ca această idee să fie susținută în continuare.

Rezumând cele menționate până în prezent putem configura un contur general pentru problematica spectrului maladiv, prezentat în Figura XVI.

De remarcat că ideea de spectru încearcă să combine concepția categorială, pe care o menține, cu o gândire dimensională. Dar orientarea dimensională, a continuumului e concepută ca realizându-se în mai multe direcții. Zonele de patologie avute în vedere de doctrina spectrului sunt mai puține ca numărul

entităților maladive din manuale, fapt care apropie această idee de cea a perturbării în psihopatologie a unor structuri fundamentale a psihismului uman.

Figura XIV


Problematica spectrelor maladive
Tranziție spre
Prezența la rudele de gr.I a tb. clinice şi a celor ce caracteri-zează spectrul respectiv
tulburare categorială majoră țintă
. autism infantil
. schizofrenie
. tulburarea bipolară
. delirul paranoid
. tulburarea monopolar depresivă
. tulburarea de anxietate socială
. tulburarea obsesiv compulsivă
tulburarea
de personalitate
tulburarea clinică de intensitate medie şi durată prelungită (e.g.ciclotimia, distimia, tulb. schizotipală)
alte tulburări categoriale majore (e.g.în cazul TOC spre tb.impulsivă, ticuri)
tulburări subclinice (ex.bufee relaționale depresia scurtă, ep. hipomaniacal)
tranziția spre

Un înțeles special al tulburarilor de spectru s-a impus odată cu analizele şi studiile lui Hollander şi a echipei privitoare la spectrul tulburării obsesiv-compulsive (STOC).

Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) este inclusă în DSM-IV-TM în clasa tulburărilor anxioase. Conform noii viziuni TOC este considerată ca centrul unui spectru maladiv ce expandează în trei direcţii în care simptomatologia nu doar e mai accentuată ci diferă progresiv, intrând treptat în alte clase de patologie, inclusiv neurologice. Cele trei direcţii sunt : - între un pol compulsiv şi un pol impulsiv; - între un pol al incertitudinii şi un pol al certitudinii patologice; - între un pol al obsesionalităţii şi unul al mişcărilor involuntare (Schema XVII, XVIII, XIX).

Esenţa acestei înţelegeri a spectrului TOC este ideea de dimensionalitate, de tranziţie graduală în cadrul unui continuum de la un pol al tulburării la altul, în direcţii diferite de data aceasta. Tulburările inclusă în STOC sunt considerate ca fiind "corelate" cu TOC şi nu pur şi simplu "comorbide", chiar în cazul în care se întâlnesc împreună. Ceea ce reuneşte ansamblul acestor tulburări în STOC este, după Hollander, următorul grupaj de aspecte:

Profilul simptomatologic asemănător până la un punct, existând o evidentă zonă de tranziţie între simptome.

Caracteristici asociate: vârsta debutului, evoluia clinică, istorie familială, comorbidităţi.

Particularităţi neurobiologice: evaluate prin teste de provocare farmacologică, studii de imagistică cerebrală.

Răspuns la tratamente farmacologice sau comportamentale selective

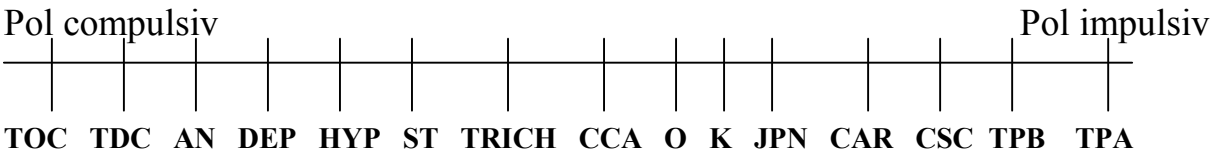
Etiopatogenia configurată ca o vulnerabilitate genetică asemănătoare influenţată de factori ambientali.

Aspectele de mai sus nu sunt congruente caracterizării t.m. ce a fost deja făcută (la 1.5., 2.1., 4.1.) dar într-o perspectivă specială, care apropie între ele unele categorii de t.m.

Figura XV

Spectrul OC între polul compulsiv şi cel impulsiv

(Hollander, 1993; Hollander şi Benzaquen, 1996)



Aversiune faţă de risc — Căutarea riscului

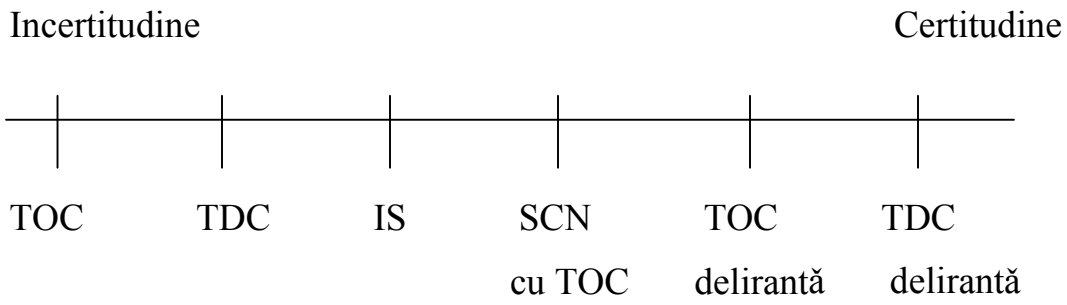
Evitarea prejudiciilor — Minimalizarea prejudiciilor

TOC = tulburare obsesiv-compulsivă
TDC=tulburare dismorfică corporală
AN=anorexie nervoasă
DEP=tulburare de personalizare
HYP=hipocondrie
ST=sindrom Tourette

TRICH=tricotilomanie
CCA=consum compulsiv de alimente (accese/episoade bulimice)
O=oniomanie(cumpărături compulsive)
K=cleptomanie
JPN=joc patologic de noroc
CAR=comportament autoagresiv repetitiv
CSC=comportament sexual compulsiv
TPB=tulburare de personalitate – tip borderline
TPA=tulburare de personalitate – tip antisocial

Figura XVI

Spectrul OC între polul incertitudinii şi al certitudinii



TOC = tulburare obsesiv compulsivă

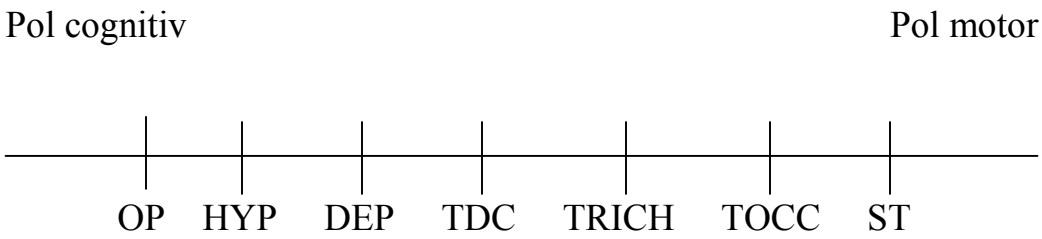
TDC = tulburare dismorfic corporală

IS = idee supraevaluată (prevalentă)

SCN cu TOC = schizofrenie cu componentă obsesiv compulsivă

Figura XVII

Spectrul OC între polul obsesiv şi cel motor



OP = obsesionalitate pură
HYP = hipocondrie
DEP = tulburare de depersonalizare
TDC = tulburare dismorfică corporală
TRICH = tricotilomanie
TOCC = tulburare obsesiv-compulsivă a copilului
ST = sindrom Tourette

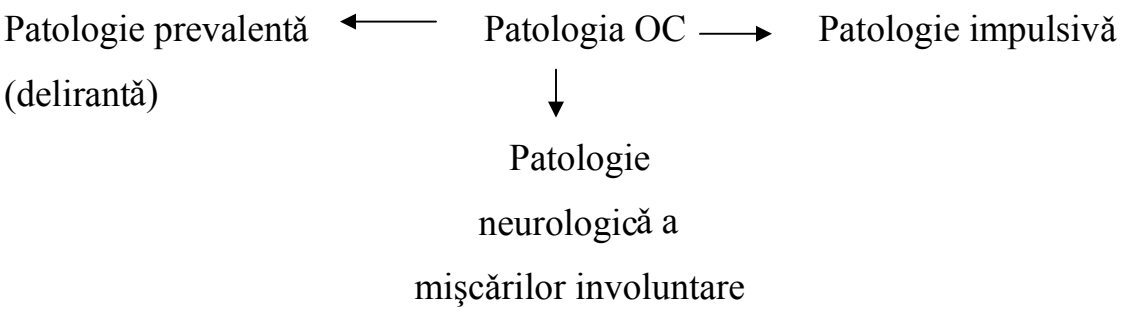
Cele 3 direcţii ale STOC analizate de Hollander se adaugă tradiționalei corelații cu patologia anxioasă, care e evidentă în multe cazuri şi stă la baza terapiei comportamental cognitive în aceste cazuri. Aceasta ar fi o a patra dimensiune a acestui spectru. Problema devine şi mai complexă dacă se ține seama de apropierile şi corelațiile ce există între unele tulburări impulsive şi addictivitate, fapt mult comentat mai ales în cazul jocului de noroc patologic. Faptul ar sugera o intersecție între STOC şi domeniul (sau spectrul?) tulburărilor addictive, fapt ce a fost în atenția experților care s-au pronunțat prin Consensul de la Cap Town (2006) (Zohar, 2007). O altă corelație ce e discutată e între STOC şi cel autist (Figura XX). Apare deci complexa problemă a relațiilor sau a comorbidității nu doar între entitățile nosologice categoriale ci şi între aceste ipotetice "spectre maladive

psihopatologice". Această direcție de gândire a psihopatologiei clinice va trebui să se clarifice în următorii ani.

Figura XVIII

Spectrului OC

(patologie anxioasă)



*

* *

O abordare complexă şi multidirecționată a sistematizărilor nosologice, care invocă spectrul maladiv şi tinde spre o viziune în rețea, se desfăşoară în prezent în domeniul patologiei "psihotice", mai ales în zona tradiționalelor "psihoze funcționale" în trecut etichetate ca "endogene". Conceptul de "psihoză" este destul de confuz în psihopatologia clinică actuală după ce DSM-III a modificat tradiția kraepeliană, lăsând schizofrenia în aria psihozelor dar extrăgând de sub această etichetă cea de a doua "psihoză endogenă" a lui Kraepelin care a primit acum denumirea de "tulburarea bipolară", conjugată cu "tulburare monopolar depresivă". La fiecare din

aceste tulburări ale dispoziției se specifică faptul că episoadele pot fi "cu simptome psihotice" sau fără. În DSM-III-IV şi ICD-10 F termenul de psihoză face referință la simptomele delirante şi halucinatorii, admițându-se şi dezorganizareea accentuată a gândirii şi vorbirii, eventual şi comportamentul cataton şi dezorganizat. În aceste condiții ideea de spectru s-a aplicat totuşi, atât pentru schizofrenie cât şi pentru tulburarea bipolară. Precum şi pentru alte tulburări care au legătură cu „patologia psihotică". Problema a devenit mai complicată şi prin faptul că nu au putut fi excluse episoadele schizo-afective şi cele afectiv-maniacale saude depresie majoră cu delir necongruent, paranoid. Vom trece în continuare în revistă câteva luări de poziție oficială ale autorilor de vârf în domeniu privitor la problematica spectrului în domeniul psihozelor.

În viziunea lui Andreasen, (1995) în spectrul schizofren ar intra : - schizofrenia nucleară; - tulburările schizofreniforme; - tulburarea schizotipală şi "schizofrenia simplă"; - tulburarea schizo-afectivă în varianta sa monopolară şi bipolară; - mania şi depresia cu delir incongruent. Nu sunt incluse psihozele delirante persistente (paranoide), cele scurte şi cele induse. Dar delirul (paranoid) e inclus, dacă e comorbid cu o tulburare maniacală sau depresivă. Această viziune se bazează pe punctul de vedere care ataşează tulburarea schizo-afectivă schizofreniei. Alte puncte de vedere o ataşează însă tulburării afective periodice. Dezvoltările recente ale ideii de spectru schizofren includ nu doar t.p. schizoidă ci şi "schizotipia" lui Mehl, urmărind particularitățile caracteriale la nivelul rudelor apropiate şi ținând cont de genetica familială. Este reluată astfel perspectiva lui Kretschmer, aşa cum deja s-a menționat.

Într-un mod similar a fost dezvoltată ideea de "spectru bipolar" temă susținută mult de Akiskal (2002). Aceasta ar cuprinde în primul rând

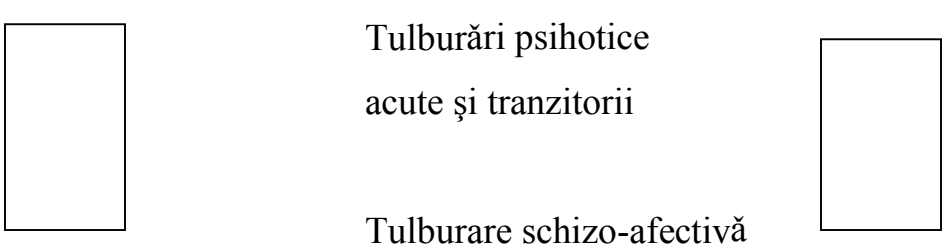
variantele tulburării bipolare: - Bipolar I, în care se manifestă cu intensitate clinică şi mania şi depresia; - Bipolar II, în care doar depresia are intensitate clinică, mania manifestându-se subclinic, ca hipomanie sau în cadrul ciclotimiei; - Bipolar III în care apar e.ps. clinice depresive dar fără stări hipomaniacale, existând însă un temperament hipertim. În pespectiva spectrului bipolar s-a dezvoltat mult studierea temperamentelor, care joacă în prezent un rol important în caracterizarea tulburării şi a spectrului. Şi de asemenea, evaluarea micilor ep.pt. hipomaniacale ce apar în finalul unei depresii, uneori induse de antidepresive sau de alte substanţe. Problema spectrului bipolar se complică prin faptul că acesta ea se mărgineşte la un pol cu tulburarea monopolar depresivă. Care deci, poate fi inclusă şi ea la capătul spectrului, aşa cum în cele 3 direcţii ale spectrului TOC se ajungea treptat la alt tip de tulburare, cu un alt specific (neurologică, impulsivă, delirantă). Şi încă, la un alt capăt, tulburarea bipolară întâlneşte ep.pt. schizo-afectiv. Akiskal îl introduce şi pe acesta în spectrul bipolar, mai ales că s-au adunat argumente solide în direcţia faptului că o parte a patologiei schizo-afective poate evolua bipolar iar alta monopolar depresiv. (Marneros, 1995). Astfel "tulburarea" schizo-afectivă se vede plasată atât în spectrul schizofren cât şi în cel bipolar.

Abordarea psihozelor funcţionale din perspectiva ideii de spectru conduce la o primă zonă de intersecţie la nivelul episoadelor sau tulburării schizo-afective. De aceea s-a ridicat problema suprapunerii sau intersecţiei spectrului schizofren şi spectrului afectiv. (Marneros, 2007). Această perspectivă pe care o susţine pe lângă autorii menţionaţi Marneros, Tsuang şi alţii, dezvoltă ideea "continuumului psihotic" al psihozelor funcţionale (Marneros, 1995) patologia schizo-afectivă fiind considerată ca o punte de

legătură între cele 2 spectre. Mai mult însă, Marneros susține ideea că şi psihozele scurte şi tranzitorii ar constitui şi ele o astfel de punte, la alt nivel.

Figura XIX

Tranziția între schizofrenie şi patologia afectivă (după Marneros, 2007)



E de remarcat şi subliniat faptul că în cadrul acestei sinteze, patologia psihotică centrată de delir nu are un loc al ei, fiind absorbită de schizofrenie; şi, acceptată la tulburările afective doar ca direcție sau tendință de apropiere de schizofrenie. Fapt ce ignoră tradiția psihopatologiei clinice.

Patologia centrată de delir şi halucinații a fost şi este considerată ca un aspect nuclear al "psihozei". Iar ideea dimensionalității şi a spectrului se întinde şi în acest domeniu. Privitor la delir, Jaspers făcea o distincție între "ideea prevalentă" care ar ține de o "dezvoltare anormală", mai ales la nivelul personalităților dizarmonice şi delirul propriu zis care se instalează printr-un "proces psihopatologic" ce produce o ruptură în continuitatea personalității. Incă din prima jumătate a sec.XX Kretschmer pleda pentru ideea de continuum. În ultimele decenii tema a fost reluată acordându-se atenție "ideației supraevaluate" şi gradelor diverse de ideație delirantă, ambele putând fi evaluate cantitativ prin diverse scale.(Werizoglu, 1999; Eisen, 1998). Chiar preocupările față de spectrul TOC au atras atenția asupra gradației convingerilor anormale ce evoluează în direcția delirurilor cu tematică corporală : hipocondriacă, de infestare, dismorfofobică. De

asemenea şi preocupările din anorexia mentală au fost analizate prin această gradație ce începe cu preocupări obsesive egodistone, trece prin ideație supraevaluată, pentru a ajunge la convingeri delirante ferme. Cu această ocazie s-a reanalizat faptul că o astfel de gradație se întâlneşte şi în tematica senzitiv-relațională şi chiar paranoidă, la cei cu anumite t.p. De altfel în DSM-IV-TR se menționează în criteriile sale de diagnostic "scurte trăiri psihotic delirante" cu durată de minute sau ore ce pot apărea reactiv la diverse tipuri de t.p. Actualul interes pentru primul episod de psihoză a relevat faptul că acesta – mai ales în cazul schizofreniei – e precedat de un prodrom cu simptome delirante şi halucinatorii intermitente ce se poate întinde pe luni de zile. Şi care se poate remite fără a ajunge la psihoza clinică. În sfârşit studiile populaționale au arătat că în populația normală un procent de până 3% "aud voci" fără a ajunge psihotici clinici.(Allardyze, 2008). Multe date sunt congruente cu ideea că poate fi studiat un "spectru al tulburărilor delirant halucinatorii" distinct de cel al schizofreniei. Patologia afectivă cu delir necongruent ar ține atunci de intersecția cu acest spectru şi nu doar cu cel al unei schizofrenii circumscrise vag, generic. De altfel, chiar în direcția schizofreniei grupe importante de cercetători actuali urmăresc ideea centrală a lui Bleuler, care considera că fenomenele delirant halucinatorii unt secundare în această boală pe prim plan plasându-se dezorganizarea psihismului. În plus, t.p. paranoidă se apropie mai mult de ideea unui spectru delirant (paranoid) decât de unul schizofren centrat pe dezorganizarea psihică, de care mai apropiată ar fi t.p. schizoidă. Acest ansamblu problematic nu este însă în prezent comentat în prim plan, datorită unui dezinteres temporar față de problematica delirului, absorbită de un concept vag al schizofreniei.(Lăzărescu, 2009).

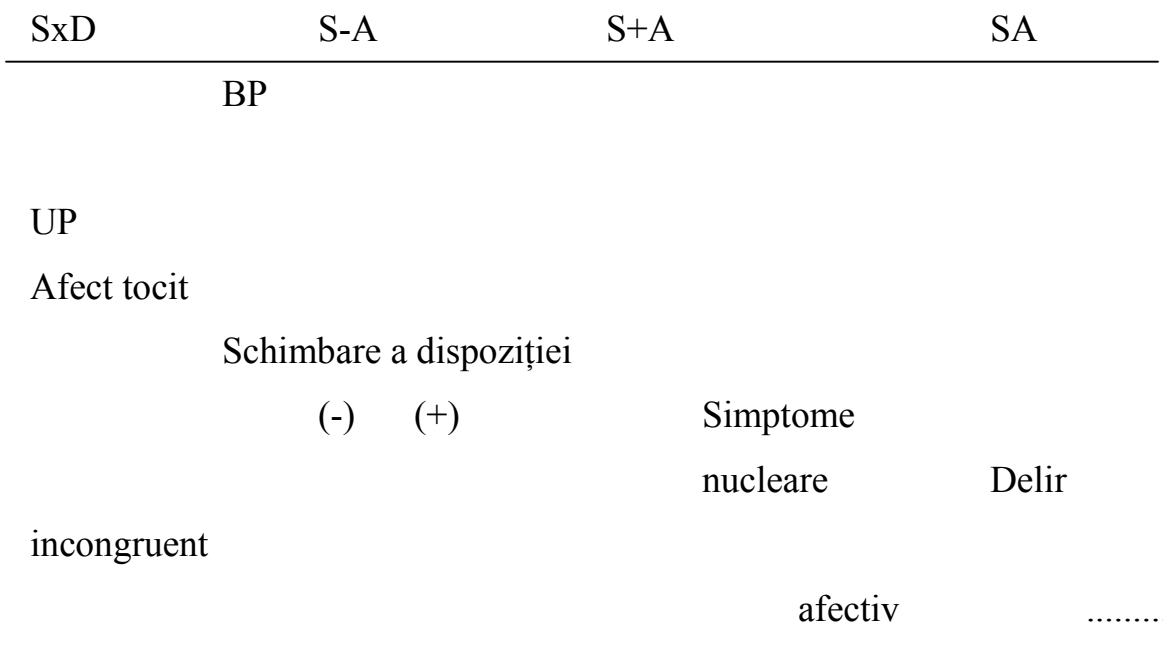
*

* *

Domeniul psihozelor funcţionale ce se întinde între schizofrenia lui Bleuler, psihoza maniaco-depresivă a lui Kraepelin şi psihozele delirante centrate de paranoidie – la care se adaugă bufeele psihotice scurte – au diverşi poli şi multiple zone de tranziţie. Acest fapt a fost conceptualizat tradiţional prin ideea de "psihoză unică" – "Einheitpsychose" (Mundt, 1992). Într-un fel această idee este reactualizată prin programele de cercetare a multor grupe de studiu care aduc în discuţie un "continuum psihotic" în zona psihozelor funcţionale (Marneros, 1995). Abordările sunt făcute atât din perspectiva clinicii psihiatrice cât şi în cea a psihopatologiei evoluţioniste. Astfel de ex. Crow (1995) şi alţi cercetători susţin în ultimele decenii ideea de "psihoză" funcţională – este un cost plătit de om pentru evoluţia diferenţiată a psihismului său ce utilizează limbaul articulat şi are o uriaşă dezvoltare a "creierului social". Într-o astfel de viziune evoluţionistă tranziţia dintre diverse forme de psihoză este desigur acceptată. Crow imaginează o lungă scală a continuumului psihotic.

Figura XX

Continuumul psihotic după Crow



UP – tulburare unipolară; BP-tulburare bipolară; SA-tulburare schizo-afectivă şi tulburare afectivă cu delir incongruent; S+D – prezența afectului trăit şi a stării defective.

Concepția lui Crow şi a celor preocupați de continuumul psihotic nu poate fi rezumată uşor. E de subliniat că ea se corelează cu amplele dezbateri actuale ale nosologiei psihopatologice privitoare la spectrul maladiv şi universul tradițional al psihozelor endogene. Acestea însă îşi păstrează specificitatea, chiar în lipsa unui concept clar pentru termenul psihoză, a confuziei introdusă de scoaterea tulburării bipolare din aria psihozelor şi a dezinteresului actual pentru patologia delirant halucinatorie.

*

* *

Ideea de spectru maladiv, mai ales aplicată patologiei psihotice, la prima vedere încurcă lucrurile creind confuzie în gândirea clinică. Aceasta

cu atât mai mult cu cât "tulburările psihotice" nu se manifestă doar în zona tradiționalelor psihoze funcționale – recte "endogene". Astfel, într-o sinteză recentă (Fujii şi Ahmed, 2007) intitulată chiar "Spectrul tulburărilor psihotice" se atrage atenția că acestea se întâlnesc în multe suferințe organic cerebrale, în contextul consumului de substanțe psihoactive, în condiții de deprivare senzorială precum şi psihoreactiv. Concluzia autorilor este că ar putea fi vorba de un mod de reactivitate cerebrală – poate în sensul pertrubării unui "modul psihocerebral". Oricum, ar fi vorba de perturbarea unui mod de funcționare cerebrală care se bazează pe anumite zone integrative şi care în mod normal are o funcționalitate adaptativă specifică, este în toate aceste condiții perturbat.

O astfel de abordare a problemei ar putea fi extinsă şi aasupra altor spectre maladive. De fapt, pentru "spectrul autist" studiile de corelare cu disfuncția anumitor zone cerebrale este destul de avansată. La fel pentru spectrul TOC. Iar studiile în această direcție probabil vor progresa. Ideea de bază este că nosologia psihopatologică actuală chiar dacă rămâne la varianta categorial sindromatică pe care a dezvoltat-o sistemul DSM-III-IV, nu-şi poate refuza o gândire mai sintetică şi integratoare aşa cum o sugerează ideea spectrelor maladive. Care, de altfel se articulează cu cea a "modulelor" psihocerebrale şi a modulelor psihice antropologice adaptative pe care o dezvoltă actuala psihopatologie de orientare evoluționistă, developmentală, cognitivistă şi neofemenologică.

4.6. Subtipurile tulburărilor mintale

O altă direcție în care se dezvoltă psihopatologia clinică este cea a subtipurilor. Criteriile de diagnostic din sistemele oficiale asigură doar un cadru general de decupare. Descrierile din manuale sunt mai detaliate. De

fapt şi în DSM-IV-TR prezentarea criteriilor e precedată de o caracterizare de ansamblu substanțială, clinică, a respectivei categorii. Aceste descrieri clinice, în măsura în care încearcă să reunească cât mai multe din caracteristicile cazurilor cunoscute, tind însă spre generalitate sau spre dispersie. De aceea a apărut util să se caute identificarea unor subtipuri, care au o suficientă coerență şi se întâlnesc destul de stabil.

În medicină pentru toate bolile se comentează şi "forma clinică". La fel, în psihiatrie, se precizează că schizofrenia se poate întâlni sub forma clinică paranoidă, dezorganizantă şi catatonă, unii acceptând şi forma "simplă". Dar cazul schizofreniei este unul aparte deoarece această boală – "demența precoce" a lui Kraepelin, de la început a fost comentată ca o unitate nosologică prin reunirea unor entități ce au fost descrise separat; şi cărora doar ulterior li s-au găsit nişte caracteristici comune. La fel, psihoza maniaco-depresivă a fost identificată ca o entitate nosologică aparte după ce s-a constatat că la aceeaşi persoană pot apărea succesiv atât ep.pt. maniacale cât şi depresive; iar apoi combinații diverse ale acestora. Ulterior s-a constatat că sunt cazuri la care se repetă doar ep.pt. depresiv al bolii conturându-se categoria nosologică a depresiei monopolare. Imediat a apărut întrebarea : nu există oare şi subtipul monopolar maniacal? Raspunsul lui Leonhard a fost "da". Doar că el se întâlneşte mai rar în emisfera nordică în care luminozitatea e mai redusă şi ar fi mai frecvent în zonele subtropicale. Dezbaterile privitoare la tulburarea monopolar maniacală nu au încetat nici în prezent. Această interpretare plasează problema subtipurilor în problematica mai amplă a continuumului şi spectrului. Totuşi atenția ce se cere acordată subtipurilor nu poate fi diluată printr-o astfel de plasare.

În cadrul patologiei în care predomină depresia s-au diferențiat mai multe tipuri de ep.pt. depresive, indiferent de intensitatea acestuia. Acesta

poate să se manifeste : inhibat, anxios, iritabil, cu multiple fenomene de somatizare, cu astenie, cu depersonalizare, agitat, cu simptomatologie mixtată cu cea a ep.pt. maniacal în diverse variante, cu delir congruent sau incongruent, cu inhibiție stuporoasă. Dincolo de tipologia unui episod anume se ridică apoi problema dacă toate ep.pt. la un caz sunt de acelaşi tip, sau această tipologie variază în timp, sugerând factori variați de influențare a manifestării ei. În primul caz se ridică problema în ce măsură tipologia unor ep.pt.e dependentă de teren în sens larg, de temperament sau de structura personalității. Un ep.ps. depresiv se poate manifesta diferit, conform ideii comorbide de patoplastie, dacă apare la un temperament hipertim, iritabil şi la o t.p. histrionică, anankastă sau paranoidă. Dar el se poate manifesta diferit şi în funcție de vârsta la care apare, de sex, de statutul social şi educație, de formarea cultural spirituală a omului, de capacitatea sa de autocontrol, de cultura în care trăieşte. Multe ep.pt. depresive pot apărea mascate de o simptomatologie somatică. În spatele unor episoade depresive pot sta manifestări care tradițional erau considerate histerice, prin care subiectul încearcă să atragă atenția altora şi să stârnească compasiunea. Cu toată această varietate, psihopatologia clinică reține câteva subtipuri de episoade depresive standard : inhibat, iritabil, anxios, cu hipersomnie şi hiperfagie, acestea având probabil la bază o perturbare neurofiziologică specifică. Şi/sau, o combinație dintre anumiți moduli psihici adaptativi, fixați prin selecție evolutivă naturală.

În toate domeniile psihopatologiei clinice se pot întâlni subtipuri, mai ales ca aspect clinic al ep.pt.; care de obicei se repetă în acelaşi fel cu ocazia fiecărei recurențe. Aceste manifestări particulare pot fi condiționate până la un punct de particularitățile personalității. În cazul unei t.p. histrionică,

atacurile de panică vor avea o altă desfăşurare decât în cazul unei t.p. schizoide.

Există şi domenii ale psihopatologiei clinice în care precizarea subtipurilor clinice s-a făcut în urma unor studii sistematice. Astfel, în ultimul deceniu analizele cazuistice detaliate efectuate multicentru, pe o cazuistică impresionantă ce a fost urmărită longitudinal folosindu-se analiza factorială a condus la concluzia existenței a patru subtipuri de manifestare a TOC:

- obsesii agresive, sexuale şi religioase urmate de compulsii de verificare, în unele studii cele sexuale şi religioase sunt grupate separat;
- obsesia de simetrie, exactitate, ordine şi compulsia de aranjare;
- obsesia de contaminare şi compulsia de curățenie/spălare;
- obsesii şi compulsii de colecționare.

Subtipurile diferențiate prin studii inductive în cazul TOC se referă ka caracteristicile semiologice a unor episoade, care se referă similar longitudinal şi predominent la un acelaşi pacient. Dacă de-a lungul ciclurilor vieții acesteia predomină, subtipurile s-ar putea referi un doar la episoade ci şi la tulburare. Ideea că însăşi o tulburare mintală bine definită poate fi abordată în perspectiva tipurilor sau subtipurilor s-a impus exemplar în cazul tulburării bipolare. Tradițional au fost luate în considerare cazurile clasice care prezintă atât episoade depresive cât şi maniacale ce necesită internarea. După ce în jurul anilor 60 a fost diferențiată ramura monopolar depresivă a tulburărilor afective periodice (TAP) s-a ridicat problema dacă toate cazurile ce se internează doar pentru depresie sunt monopolar depresive. Destul de repede s-a constatat că un este aşa, deoarece aceste cazuri pot prezenta episoade hipomaniacale pentru care nu se internează, o ciclotimie ce precede internarea depresivă şi îi poate urma. Cercetările familiale au arătat şi ele

importanța prezenței la rudele de gradul întâi a tulburării bipolare pentru a muta balanța dinspre monopolarul depresiv spre bipolar. A apărut astfel noțiunea de Bipolar II, care în raport cu clasicul Bipolar I nu prezintă internări pentru manie, dar are stări hipomaniacale. Cercetările tot mai atente au evidențiat stări hipomaniacale sau potențial maniacal la multe cazuri care clinic se manifestă doar depresiv. Între acestea se plasează şi temperamentul hipertim, stările mixte, mai ales mania agitată şi episoadele hipomaniacale induse de substanțe sau suferințe organice. Varianta cea mai detaliată a subtipurilor tulburărilor bipolare a oferit-o Akiskal într-o perspectivă a spectrului bipolar. Dar subtipologia bipolarității e comentabilă şi distinctă de cea a spectrului, acesta din urmă implicând şi problemática patologiei familiale şi cea a tranziției spre delir şi schizofrenie (sau altă patologie psihiatrică). Ultima schemă a subtipurilor de TAB propuse de Akiskal e următoarea :

O – Schizofrenia

BP ½ - Schizobipolar

BP I – Mania

BP I ½ - Hipomania extinsă

BP II – Hipomania spontană

BP II ½ - Depresia ciclotimică

BP III – Hipomania asociată cu antidepresivele

BP III ½ - Mutație dispozițională după abuz de substanțe

BP IV – Depresia hipertimică

BP V – Depresia unipolară cu stări mixte

BP VI – Instabilitatea dispozițională în debutul demenței

Akiskal a extins progresiv, de-a lungul anilor, ideea unei subtipologii a TAB de la inițiala dichotomie între Bipolar I şi Bipolar II la multiple

eventualitați cazuistice, care toate presupun cel puțin un potențial bipolar. Atât problemele empirice cât şi teoretice rămân deschise. Se cere însă înregistrat faptul că psihopatologia clinică actuală e tot mai atentă la problemática subtipurilor inclusiv în perspectiva diacronă a tulburării mintale.

Psihopatologia clinică recurge atât la observarea cazuisticii, la analiza datelor culese cu rigoare şi metode verificabile de diverşi cercetători cât şi la analize conceptuale, în efortul său de a progresa în adecvarea modelului teoretic pe care-l constituie orice sistem nosologico-nosografic, față de realitatea nemijlocită a oamenilor suferinzi şi marcați de deficitul bolii psihice. În acest demers un rol fundamental continuă să-l joace analiza de caz. Descrierea detaliată şi pregnantă a unor cazuri tipice rămâne, de pe vremea lui Jaspers, o metodă esențială pentru luminarea problemelor în aria psihopatologiei clinice. Pornindu-se de la acestea se pot stabili liste de simptome, criterii, instrumente standardizate etc. Subtipurile pot fi şi ele bine exemplificate prin prezentarea sau descrierea de cazuri, cazuri reale sau cazuri robot, didactice. În domeniul tulburărilor de personalitate această metodă este mult utilizată sub forma de cazuri standard. Între altele este deja clasică subtipologia pe care o dezvoltă Millon, într-o carte ce a rămas o lucrare de referință.

Descrierea, analiza, prezentarea şi publicarea de cazuri constituie un demers ştiințific fundamental în psihopatolgia clinică. Atât marile doctrine cât şi marile sistematizări sunt până la un punct nivelatoare şi inhibitoare față de cercetarea vie, ingenioasă şi deschisă spre adevăr a realității omului suferind mental. Multe din cazurile descrise în literatura de specialitate rămân adevărate şi interesante, chiar dacă nu sunt cuprinse – sau sunt acceptate doar marginal – în actualele sistematizări. Psihozele cicloide de

ex., în descrierile şi comentariile lui Leonhard, Brockington şi Perris, etalează o simptomatologie care, chiar dacă e rară, nu ar trebui ignorată de psihopatologia actuală. Nu trebuie uitat că eforturile de standardizare ale psihopatologiei clinice actuale au fost făcute în primul rând pentru a se ameliora comunicarea între specialişti. Ea este desigur utilă în ceea ce priveşte aspectele financiare ale sănătății mintale. În ceea ce priveşte cercetarea ştiințifică, omogenizarea pe care această standardizare o induce este însă doar parțial benefică. Raționalitatea ştiințifică trebuie să facă în continuare eforturi pentru a putea integra în studiu şi cazurile mai vechi, bine descrise care nu se mai integrează bine în noile criterii. Dar mai ales, cazurile actuale, cazurile noi, aşa cum se prezintă ele realmente, cu toate subtipurile lor, în întreaga lor comorbiditate şi cu integrarea lor în clase şi spectre nosologice ample. Care uneori se întrețes şi se suprapun una peste alta ridicând probleme teoretice, conceptuale psihopatologilor. Această perspectivă de abordare ar presupune un sistem de ordonare şi studiere a t.p., mai flexibil şi deschis, care să îl dubleze pe cel oficial, simplu şi rigid, necesar desigur pentru statistică şi pentru politicienii sănătății mintale, ca un referențial general.

4.7.Nosologia psihiatrică şi psihopatologia din comunitate

Psihopatologia clinică tradițională s-a constituit pe baza cazuisticii internate în spitale, care a permis în cursul sec.XIX şi XX descrierea unor "sindroame clinic semnificative". Acestea au stat la baza circumscrierii şi sistematizării bolilor, a observării modurilor evolutive şi a rezultatelor încercărilor terapeutice. În cursul sec.XX s-a acordat însă, treptat, o atenție crescândă cazuisticii semiambulatorii şi ambulatorii şi s-a dezvoltat psihiatria comunitară.

Sistemul DSM-III-IV pretinde, pentru definirea şi diagnosticarea unei tulburări psihice, ca aceasta să se bazeze pe o disfuncție prezență în sistemul mental al individului, excluzându-se pe de o parte cazurile subclinice, pe de altă parte cazurile ce reprezintă în primă instanță „probleme ale vieții" persoanei sau o simplă „marginalitate socială". Această opțiune are avantaje şi dezavantaje. Avantajele constau în faptul că se evită etichetarea excesivă cu consecințe sociale nefavorabile, mai ales în urma stigmatizării. Dezavantajul constă în aceea că nu se ajunge la un diagnostic precoce, în fazele incipiente, prodromale. Sau că nu se acordă suficientă atenție vulnerabilității, fapt cu consecințe terapeutice şi evolutive nefavorabile.

Ideea că există un continuum între normalitatea psihică şi stările psihopatologice este veche. Şi ea a persistat constant de-a lungul istoriei. Psihopatologia clinică ce s-a născut în sec.XX a susținut-o în permanență. Problema a fost - şi este - că secvențele acestei tranziții sunt greu operaționalizabile. Şi aceasta mai ales datorită faptului că nu e suficient de dezvoltat comentariul privitor la derivarea stărilor psihopatologice din modalități de trăire şi manifestare bio-antropologice normale şi adaptative. Granițele dintre zonele psihopatologiei şi cele ale normalității psihice nu sunt tranşante. Ceea ce actuala psihopatologie developmentală studiază cu grijă.

Sistemul DSM-IV-TR sesizează problema acestor granițe, motiv pentru care introduce câteva nuanțe. Astfel în ultimul capitol intitulat : „Alte condiții ce pot fi în centrul atenției clinice" sunt menționate o serie de teme ce sunt propuse pentru studiu în vederea eventualei includeri în sistemul oficial de diagnostic. Sunt notate : - probleme relaționale; - probleme corelate abuzului şi neglijenței față de copil; - probleme academice, ocupaționale, de identitate, religioase şi spirituale; - probleme corelate

aculturației şi ciclurilor vieții, doliul etc. Aceste „probleme” deşi în prezent nu sunt oficial diagnosticabile, necesită atenție şi sprijin, eventual intervenții psihoterapeutice. Mai sunt menționate problemele academice, ocupaționale, de identitate, religioase şi spirituale, cele corelate aculturației şi fazelor ciclurilor vieții, minciuna şi comportamentul antisocial al adultului, doliul. Desigur astfel de probleme nu sunt formulabile, prin ele însăşi, în limbajul de caracterizare a unei tulburări mintale. Dar ele necesită atenție şi sprijin calificat, intervenții psihoterapeutice şi chiar mai complexe, sociale şi medicale.

Privitor la rolul pe care-l joacă eventual evenimentele de viață stresante sau problemele psihosociale în condiționarea stărilor psihopatologice, fapt important pentru toate „problemele” menționate mai sus, diagnosticianul este invitat să discearnă dacă în ultimul an au fost probleme psihosociale sau ambientale care sunt relevante pentru condiția psihopatologică actuală, indicându-se nouă arii problematice: probleme cu grupul de suport primar, corelate ambianței sociale, educaționale, ocupaționale, legate de locuire, economice, juridice sau altele. Dacă există evenimente sau probleme mai îndepărtate în timp ele pot fi invocate doar excepțional, doar dacă au o legătură evidentă cu sindromul actual, ca de exemplu participarea la ororile unui război care se corelează cu o actuală reacție de stress posttraumatic.

În ansamblu sistemul DSM-IV-TR deşi este receptiv la problemele marginale episodului sau tulburării de intensitate clinică, se manifestă precaut, cu o grijă deosebită pentru a nu se realiza abuzuri prin etichetarea diagnostică. De aceea utilizarea sa în domeniul psihiatriei comunitare, a sănătății mintale este limitat.

ICD-10 prezintă o abordare mai nuanțată a „problemelor de viață” în perspectiva biografică. Ele sunt introduse nu ca diagnosticul unor stări

psihopatologice ci ca posibili factori vulnerabilizatori, ca şi factori ambientali şi psihosociali ce joacă un rol în apariția afecțiunii. Aceştia sunt plasați, în diagnosticul pe axe, pe o axă III sub forma evolutivă Z care se referă la „probleme” pe care subiectul le-a avut sau le are ca de exemplu : probleme corelate evenimentelor negative din copilărie probleme corelate grupului de suport social. Orientarea e etiopatogenetică şi fără precizarea unor entități de diagnosticat.

Psihopatologia clinică se ancorează în psihiatria clinică, cea care îşi are tradiția în necesitatea internării suferindului mintal în spital. Teritoriul ei este şi în zona psihiatriei comunitare, deci a suferindului ambulator. În aceste arii, manualele de diagnostic sunt operante. Şi la fel pentru rigorile cercetării în domeniu. Aria sănătății mintale întâlneşte o serie de probleme ce nu mai pot fi cuprinse în diagnostice oficiale. Şi la fel aria celor care suferă, au „probleme” şi nevoie de sprijin psihoterapeutic sau de altă natură. Apropiindu-se de zona suferinței umane fireşti, manualele oficiale de diagnostic rămân la distanță, ca un far orientativ.

Capitolul 5

Diagnosticul şi evaluarea în psihopatologie

5.1.Diagnosticul şi evaluarea ca problemă general umană; 2. Diagnosticul episodului psihopatologic şi a tulburării psihice în actuala lor formare neakraepelianã; 5.3. Evaluarea şi diagnosticul tulburării de personalitate; 5.4. Evaluări psihologice în psihopatologia clinică; 5.5. Evaluarea funcţionării sociale şi a deteriorării acesteia în psihopatologie; 5.6. Diagnosticul psihopatologic în perspectiva epidemiologiei, a psihiatriei comunitare şi de-a lungul ciclurilor vieţii; 5.7. Diagnosticarea altor aspecte decât cele psihopatologice şi de performanţă; 5.8. Diagnosticul centrat pe persoană; 5.9. Expectanţele vremii actuale în problema diagnosticului psihopatologic

5.1.Diagnosticul şi evaluarea ca problemă general umană

Diagnosticul este un aspect esenţial al procesului uman de cunoaştere. Ceva ce se cere cunoscut este investigat, pe baza fundalului prealabil de cunoştinţe şi al unei metodologii, este identificat, evaluat, caracterizat şi asertat, astfel încât să devină o realitate publică semnificantă, semnificativă şi utilă, „ceva” ce poate fi accesibil şi de folos celorlalţi. Adică atât investigatorilor precum şi altor oameni care pot interveni în cazul dat, în perspectivă practică.

Diagnosticul se practică in variate domenii ale practicilor şi cunoaşterii umane. Un analist politic este chemat să facă diagnosticul unei stări de criză, un critic literar să evalueze romanele bune apărute într-un an, un anticar preţul unor obiecte rare, un detectiv să identifice criminalul. Caracteriologul face diagnosticul fişei unui om iar medicul diagnostichează boala.

Diagnosticul şi evaluarea sunt componente ale vieţii curente, de zi cu zi. Oamenii se diagnostichează unii pe alţii ca deştepţi sau proşti, impulsivi,

furioşi, demni de încredere etc. Şi la fel, în mod curent persoanele diagnostichează pe cei cu care intră în contact dacă sunt veseli sau trişti, obosiți sau curioşi, dacă au anumite intenții de moment, în general sau în raport cu sine, dacă se apropie cu intenții prietenoase sau duşmănoase.

Procesul de diagnostic pe care îl efectuează un psiholog bine instruit se dagajează ca o figură pe acest fundal, atât atunci când evaluează capacități, funcții, abilități cât şi când configurează structura caracterială, sau identifică stări psihopatologice prin interviu, observare şi probe proiective.

Diagnosticarea unor boli pe care o face medicul se detaşează pe fondul general al proceselor de diagnostic menționate. Desigur, el face apel la fondul de cunoştințe a vremii sale, la sistemul nosologico-nosografic cunoscut şi acceptat, foloseşte tehnici şi instrumente variate în consultarea pacientului. După ce ajunge la o concluzie îşi formulează diagnosticul care e baza proiectelor terapeutice şi a raportărilor oficiale.

Diagnosticul şi evaluarea din psihopatologia clinică se derulează similar. Se are în vedere s.n.n. cunoscut şi acceptat, circumscrierea t.m., criteriile de diagnostic. Toate asimilate de diagnoticieni şi integrate în experiența sa de psihopatolog şi în cunoaşterea sa de ansamblu a lumii. Cazul ce se prezintă pentru diagnostic e o persoană umană ce prezintă o t.p. Obiectivul diagnosticului este identificarea tulburării psihice şi/sau a problemelor conexe, pe fundalul de ansamblu a personalității pacientului. Se folosesc tehnici de interviu şi observare, diverse probe mai mult sau mai puțin standardizate. Psihopatologia clinică ce s-a dezvoltat în spiritul DSM-III presupune cât mai multă rigoare, exactitate şi evaluarea cantitativă în procesul de diagnosticare psihopatologică.

2. Diagnosticul episodului psihopatologic şi a tulburării psihice în actuala lor formulare neokraepeliană

În primă instanță se are în vedere diagnosticarea unui episod psihopatologic. Acesta e identificat pe baza simptomatologiei, ca un „sindrom semnificativ clinic", menționat şi descris într-un sistem nosologico-nosografic acceptat de comunitatea ştiințifică profesională. Diagnosticarea o face un specialist în raport cu cazul unei persoane care îi este adresată printr-o anumită preselecție. De exemplu, prin prezentare la un cabinet de consultații, internarea într-un spital sau trecută prin alt filtru. Evaluarea sa diagnostică de către specialist e un proces intuitiv şi intelectiv global, situațional şi practic, care beneficiază în prezent de tehnici standardizate şi cuantificate care i-au crescut validitatea şi reproductibilitatea.

Diagnosticul ep.pt. presupune deci în primul rând identificarea unui „sindrom semnificativ clinic". Sindromul psihopatologic constă dintr-un ansamblu coerent şi semnificant de simptome. Simptomele psihopatologice constau din trăiri subiective, expresii, comportamente şi modificări resimțite sau constatate ale performanțelor, foarte rar însoțite de tulburări ale parametrilor biologici corporali. Simptomele sunt explicit şi univoc definite în manuale (de ex. SCAN-OMS). DSM-IV.TR constă în mare parte, din circumscrierea unor sindroame ca cel depresiv, maniacal etc., fiind, pe această bază un instrument de diagnostic. Diagnosticianul obține pe diverse căi date privitoare la semiologia psihopatologică : observând pacientul, discutând cu el şi cu cei ce trăiesc în apropierea sa, supunându-l unor probe şi efectuând analize. El se comportă deci, în principiu, ca orice medic. Aspectul specific diagnosticului psihiatric îl reprezintă ponderea importantă a simptomelor ce constau din trăiri subiective şi comportamente aberante pe care pacientul le relatează direct diagnosticianului care interoghează sau îi sunt aduse la cunoştința acestuia de cei ce ştiu despre ele. Dincolo de

chestionare directe, de răspunsuri mai mult sau mai puțin eliptice la întrebări, un rol important îl joacă relatarea subiectului investigat, povestirea sa autobiografică, expusă coerent sau fragmentar. Obținerea informațiilor despre trăirile subiective ale pacientului este deseori dificilă, subiectul necomunicând spontan trăirile sale şi răspunzând incomplet sau neadecvat la anumite întrebări. Această particularitate a condus la dezvoltarea "interviurilor structurate" şi semistructurate. Unele din sistemele de diagnostic, ca de exemplu SCAN şi CIDI – ambele instrumente oficiale ale OMS – publică şi un manual de definiții explicite asupra simptomelor în raport cu care se pune întrebarea. Investigatorul diagnostician pune o întrebare bine precizată, pentru a afla dacă o trăire subiectivă, cu valoare de simptom, este prezentă. Iată un exemplu dintr-un interviu structurat, promovat de OMS, CIDI, din capitolul dedicat depresiei : E22 :

"Au existat vreodată două săptămâni sau mai mult timp în care aproape în fiecare zi să te fi simțit : 1) fără valoare ; 2) lipsit de sens, « vinovat » ?

Răspunsul e prin NU sau DA. Dacă răspunsul e DA, se adaugă întrebarea : "A existat un motiv particular (rațional) pentru care te-ai simțit astfel"?

Urmează alte două întrebări precise care se referă (E23) la sentimentul de inferioritate : (dacă te-ai simțit inferior altora) şi E24 : privitor la lipsa încrederii în sine.

Într-un alt instrument internațional, utilizat pentru diagnostice, în raport cu DSM-IV – SCID-I, într-una din variante există întrebarea A13 :

"În perioada (în care v-ați simțit trist) cum v-ați simțit în raport cu Dvs. Înşivă? (fără valoare? Aproape în fiecare zi?) Se poate adăuga întrebarea "Eventual, v-ați simțit vinovat în raport cu ceea ce a-ți făcut sau nu a-ți făcut?" . Se răspunde prin DA sau NU.

În modalităţi mai nuanţate – ca de exemplu în SCAN – atunci când se aplică interviuri semistructurate, se pot pune mai multe întrebări conjugate, sugerate în manual, dar şi elaborate de cel ce conduce interviul, astfel încât el să ajungă la certitudinea prezenţei respectivului simptom (a respectivei trăiri subiective) anormale la pacient. De exemplu, în SCAN, tot la capitolul depresie există un set de întrebări privitoare la pierderea stimei de sine :

« Care este părerea Dvs., despre Dvs., în comparatie cu alţi oameni? Vi se pare că vă simţiţi mai puţin capabil decât ceilalţi? În ce fel? Vă simţiţi inferior sau chiar fără valoare? Este acest sentiment nou sau v-aţi simţit întodeauna la fel?

Întrebările sunt ordonate în conformitate cu o listă de simptome succesive a căror prezenţă sau absenţă se cere clarificată. In unele sisteme de diagnostic ca, de exemplu în AMDP, se propune doar o astfel de listă (cecklist), urmând ca investigatorul să clarifice, prin toate mijloacele de care dispune, prezenţa sau absenţa respectivelor simptome dintre care unele sunt şi expresive sau comportamentale. Sau există doar sugestii privitoare la întrebările de pus. Ordinea de listare a simptome ce se cere clarificată, se bazează pe o anumită logică, care are in vedere, conturarea succesivă a principalelor sindroame sau configuraţii sindromatice. De câte ori se cere evaluarea prezenţei unui sindrom printr-o modalitate standardizată, se solicită şi evaluarea intensităţii acestuia. Prin evaluarea repetată a configuraţiei semiologice se poate stabili şi care simptome diminuează, persistă sau se agravează.

Un aspect particular îl constituie faptul că în perspectivă diagnosticului psihopatologic contactul psihic cu pacientul se stabileşte greu iar expresivitatea şi comunicarea sa prin limbaj sunt perturbate de procesul maladiv. Aşa se petrec lucrurile în depresie, autism, schizofrenie (prin

dezorganizarea ideo-verbală), delirium, demenţe. Faptul se cere consemnat şi poate constitui, prin el însuşi o informaţie pentru diagnostic. În sistemul OMS - SCAN, ce se bazează pe un interviu semistructurat, există o scală de evaluare specială (a IV-a) care încearcă să evidenţieze acest aspect. Astfel, sistemul de diagnostic SCAN-Interviu, partea a doua, cea care se ocupă de tulburările psihotice şi demenţe, începe cu un capitol (15) ce evaluează tulburarile de vorbire (deci a comunicării informative) la examinare. Sunt notate următoarele eventualităţi:

15.1. Abilitatea săracă de vorbire datorită inteligenţei limitate;

15.2 Vorbire incoerentă din orice cauză;

15.3 Tulburare de dezvoltare a vorbirii ce face parte din sindromul autismului infantil;

15.4 Alte tulburări de vorbire de exemplu, disfazia;

15.5 Sărăcia de conţinut sau vorbire redusă;

15.6 Tulburări ale stării de conştiinţă;

15.7 Înţelegerea slabă şi/sau folosire deficitară a limbii, dacă nu este limba maternă;

15.8 Alte cauze pentru deficienţe de vorbire;

Tulburările de vorbire fac uneori dificilă evaluarea de ansamblu a simptomatologiei, mai ales dacă informaţiile sunt luate doar de la pacient. Acelaşi rol perturbator îl pot prezenta diverse simptome psihotice. De aceea, în SCAN se propune, la începutul părţii a doua o scală de evaluare care să ţină seama şi de dinamica apariţiei acestor tulburări. Această scală are în vedere următoarele situaţii :

- Simptomele privitoare la deficienţă, în comunicarea semnificantă nu au apărut în timpul perioadei studiate;
- Simptomele au apărut dar au fost nesemnficative şi tranzitorii;

- Simptomele au apărut în ocazii multiple şi cu diverse durate de timp;
- Simptomele au fost prezente mai mult sau mai puțin continuu în cursul perioadei;
- Dificultăți de vorbire, notate la secțiunea 15, fac răspunsurile dificil de interpretat;
- Notarea este nesigură, referitor la prezența fenomenelor chiar după o examinare detaliată;
- Notarea nu se poate face datorită examinării incomplete, de exemplu din cauza refuzului pacientului de a colabora.

Identificarea prezenței unor simptome conduce în cele din urmă la un diagnostic de ep.pt., structurat printr-un sindrom clinic semnificativ. Pentru diagnosticul de ep.pt. se foloseşte în prezent sistemul politetic al criteriilor necesare şi suficiente. Sunt menționate pentru includere o serie de de criterii obligatorii şi un număr de criterii facultative; precum şi criterii de excludere. Atât DSM-III-IV cât şi ICD-10 acceptă acest model. De exemplu, pentru diagnosticul de episod de depresie majoră sunt enumerate în DSM-IV-TR, 9 criterii (simptome) de includere, fiind consideratе necesare minimum 5, primele 2 fiind obligatorii; iar celelalte, prezente prin cumul.

Acest sistem are avantaje şi dezavantaje. El permite o anumită rigoare în identificarea unui cadru nosologic categorial. Dar pe de altă parte, conduce şi la gruparea unor cazuri neomogene din punct de vedere semiologic, o parte din ele având dintr-un număr total de simptome enumerate doar pe unele, şi o altă parte, pe altele. Totuşi, prin prezența unor sisteme de diagnostic categoriale ce prezintă un minim de criterii de diagnostic necesare şi prin dezvoltarea interviurilor structurate şi semistructurate, s-a realizat un pas în plus în ceea ce priveşte rigoarea diagnostică şi intercomunicabilitatea dintre diagnosticieni.

Această modalitate de diagnostic, standardizată şi "tehnică", ignoră evident rolul intuiției şi comprehensiunii în acest complex demers care este diagnosticarea drept caz psihiatric a unei persoane umane conştiente. Dar procedeul propus în urmă cu 40 de ani a constituit şi rămâne un risc asumat care are avantajele şi dezavantajele sale. Luând în considerare ansamblul bolilor psihice – deci întreg s.n.n. al psihiatriei – OMS recomandă pentru diagnosticarea bolilor psihiatrice la adulți, instrumentul CIDI – care se bazează pe un interviu structurat – şi SCAN – ce se bazează pe un interviu semistructurat. Pentru un diagnostic în conformitate cu DSM-IV, s-a elaborat instrumentul SCID.

Pentru evaluarea intensității tulburărilor psihice identificate la un moment dat şi pentru urmărirea evoluției în timp a stărilor psihopatologice s-au dezvoltat "scale de evaluare". O bună parte din acestea se referă tocmai la simptomatologia episodului psihopatologic. Pentru exemplificare putem trimite la celebrele scale Hamilton, Beck, Zung şi MADRAS care au în vedere evaluarea depresiei. Aceste scale psihopatologice presupun existența, în prealabil a unui diagnostic categorial care, acum, este evaluat cantitativ şi în perspectivă dinamică. Fiecare item (simptom) este cotat (în urma chestionării, şi/sau observației) cu o notă. Se face suma notelor obținute pentru a se obține o cifră globală. Cu ocazia repetării evaluării la intervale regulate de timp se poate constata dacă nota globală se modifică în minus; ceea ce ar însemna ameliorarea intensității simptomatologiei şi un rezultat terapeutic pozitiv.

Pentru scalele de depresie Hamilton şi MADRAS s-au elaborat şi chestionare ce se pot aplica în combinație cu observarea pacientului. In schimb, scala Beck este una de autoevaluare.

Scalele de evaluare au în vedere şi comorbiditatea. De exemplu scala Hamilton poate înregistra simptome de anxietate, obsesionalitate, depersonalizare, ideile relaționale.

În realitatea clinică, tabloul semiologic al episoadelor nu este pur, dacă ne referim la tabloul semiologic prin care au fost prezentate simptomele standard. Frecvent, există combinații, mixtări, comorbidități, fapt ce a fost deja comentat. Depresia, este unul din sindroamele cele mai răspândite care se poate mixta cu multe alte sindroame. Acest fapt a ridicat probleme cercetătorilor, care au construit instrumente pentru studiul depresiei. De exemplu, instrumentul SADD, utilizat de OMS în cercetarea multicentru, pe care a intreprins-o asupra depresiei, a folosit 39 itemi, mulți fiind introduşi pentru a depista comorbiditatea.

Majoritatea scalelor de evaluare psihopatologică presupun identificarea şi evaluarea cantitativă a unei patologii categoriale deja identificate ca : depresia, anxietatea, fobia, obsesia şi compulsivitatea, mania, schizofrenia pozitivă şi/sau negativă etc., extinse în zona de comorbiditate cea mai frecventă. Există şi scale de evaluare psihopatologică şi chestionare cu orientare mai generală care nu pleacă de la centrarea pe un sindrom ci au de la început în vedere mai multe arii sindromatice tinzând să ofere o imagine psihopatologică de ansamblu. Aşa este : SCL-90, CRPS, Montgomery-Asberg, MMPI. Inventarul Psihopatologic Minnesota se plasează şi el la acest nivel, fiind mai complex ca elaborare şi neevidențiind decât indirect intensitatea sindroamelor. Aceste instrumente sunt aplicate pentru a evidenția domeniile principale de patologie psihică pe care un subiect le trăieşte, dincolo de limita considerată normală. În general, între scalele de evaluare țintite pe un sindrom anume (e.g. depresia sau fobia socială), şi interviurile psihopatologice generale (structurate, semistructurate

sau bazate doar pe respectarea evidențieri unor cecklist-uri simptomatice) există un continuum şi interferențe. Ceea ce este comun e faptul ce pe această cale se introduce o anumită ordine şi cuantificare în diagnosticul psihiatric. Care, prin repetarea aplicării, perminte evaluarea dinamică, în timp, a evoluției tulburării.

Un ep.pt. nu se reduce la simptomatologia unui „sindrom clinic semnificativ". El are, pe lângă durată şi intensitate şi o etiopatogenie şi se dezvoltă pe un anumit teren. Sistemul DSM-III-IV încearcă să surprindă câteva aspecte importante ale acestei probleme prin diagnosticul pe axe. Sunt propuse 5 axe:

Axa I se referă la episodul actual psihopatologic. El poate fi mai mult sau mai puțin conform cu sindroamele standard descrise. Diagnosticianul urmează să opteze pentru una din categoriile definite în manual cu specificările de rigoare. De exemplu Episod depresiv major (inhibat, anxios), cu sau fără simptome psihotice. Pot exista două sau mai multe diagnostice, fapt ce ridică problema comorbidității. Se recomandă ca în prim plan să fie acel diagnostic care a determinat consultul, internarea sau care serveşte direct motivul diagnosticării.

Axa II se referă la o tulburare psihică constantă. În obiectiv a fost deficiența mentală, tulburările pervasive de dezvoltare şi tulburarea de personalitate.

Axa III se referă la comorbiditatea somatică. Relația acesteia cu tulburarea psihică poate fi variată şi se cere comentată. Suferința somatică poate fi primară iar tulburarea psihică evident secundară. Dar, o tulburare somatică poate fi consecința celei psihice, ca de exmplu o automutilare la o personalitate borderline. Sunt şi tulburări somatice ce fac parte din tabloul

semiologic al sindromului psihopatologic ca de ex. tahicardia în anxietate sau constipația în depresie.

Axa IV se referă la problemele psihosociale şi ambientale ce pot afecta diagnosticul, tratamentul şi prognosticul tulburării mintale. Acestea pot fi evenimente de viață negative, stresante, solicitante, dificultăți ambientale, conflicte intrafamiliale sau interpersonale, insuficiența suportului social şi a resurselor sau alte probleme corelate cu contextul. Direcțiile menționate în DSM-IV se referă la : grupul de suport primar, ambianța socială, domeniul educațional şi ocupațional, locuire, probleme economice, probleme privind accesul la serviciile de îngrijire a sănătății. Conform principiului de a fi cât mai neutru d.p.d.v. al etiologiei, sistemul DSM-IV cere doar identificarea acestor probleme în ultimul an, interpretarea rolului lor etiopatogenic fiind o problemă separată. Totuşi câteva categorii nosologice fac trimitere la stresori psihosociali aşa cum e : Reacția acută la stres sau Reacția de dezadaptare.

Axa V se referă la nivelul de funcționare socială, la disabilități şi performanțe în manifestarea rolurilor sociale, temă ce va fi devoltată în continuare.

Culegerea şi sintetizarea datelor ce stau la baza unui diagnostic psihiatric – eventual sistematizat pe axe ca în DSM-IV – constituia ea însăşi o problemă, aşa cum s-a menționat. În cazul internării se elaborează un document medical, o Fişă sau o Foaie de Observație a cazului. S-au făcut eforturi să se standardizeze cât mai mult şi un astfel de document ajungându-se astfel la sistemul AMDP. Acesta reprezintă un sistem semistandardizat de culegere şi înregistrare a informațiilor privitoare la un pacient psihic şi constă din din 5 fişe care se referă la informații biografice generale; 2 antecedente; 3 evenimente şi schimbări de viață importante în cursul

biografiei; 4 simptome psihopatologice; 5 tulburări somatice corelate psihopatologiei (somn, apetit etc.). Sistemul pretinde trecerea în revistă a tuturor itemilor pentru a evita ignorarea unor informații.

Fişa anamnestică 1 are 21 poziții care se referă la : modul de internare, starea civilă, număr de copii, fratrie, vârsta la prima căsătorie, limba maternă, persoane ce trăiesc în aceeaşi gospodărie şi asigură venitul, şcolaritate şi formare profesională, situație profesională, locuință, religie etc. Modul de completare constă din sublinierea eventualității ce priveşte cazul, dintr-o listă. De exemplu :

2. STARE CIVILA

1. celibatar	3. văduv	5. divorțat
2. căsătorit	4. separat	6. fără răspuns

---

1. concubinaj	2. fără concubinaj	3. fără răspuns

Fişa 2 se referă la evenimentele patogene sau condiții ce au favorizat episodul actual : probleme afective şi sexuale, probleme în cadrul cuplului şi familiei, probleme financiare, în domeniu profesional, al studiului, relații cu justiția, migrația, solitudinea, existența unei boli în familie etc.

Fişa 3 evidențiază evenimentele sau schimbările de viață mai mult sau mai puțin fireşti care apar în cursul biografiei, cu menționarea pe orizontală a intervalului de vârstă când acestea s-au produs. Se notează astfel : moartea tatălui şi a mamei, separarea părinților, plasamentul familial, căsătoria şi divorțul pacientului, moartea partenerului, o nouă legătură, naşterea unui copil, schimbarea serviciului etc. Desigur, unele dintre acestea nu privesc persoana în cauză dar completarea fişei permite o imagine sinoptică a biografiei sale.

Fişa 4 se referă şi la antecedentele patologice menţionând şi afecţiuni organic cerebrale, afecţiuni psihiatrice, tentative suicidare etc.

Fişa 5 conţine o scală cu 100 simptome a căror prezenţă se cere cotată cu 5 variante între 0 = absent, 4 = foarte puternic, 5 = fără opinie. Simptomele sunt grupe în clase semiologice în următoarea manieră : Tulburări de conştiinţă : 1. scăderea vigilenţei, 2. disoluţia câmpului de conştiinţă; 3. îngustarea câmpului de conştiinţă; 4. extinderea câmpului de conştiinţă.

Simptomele pot fi – şi au fost – grupate în sindroame semnificative pentru episoade psihopatologice.

Deşi standardizarea din AMDP pare greoaie, ea poate fi aplicată destul de uşor după un exerciţiu adecvat putând fi utilizată în cercetare. Şi în prezent şcoala din München prezintă studii privitoare la psihoze efectuate cu acest sistem.

x

x x

Un pacient poate prezenta mai mult decât un ep.pt. De fapt o înţelegere consistentă a tulburării mintale ar trebui să nu se reducă la un unic episod, fapt ce a fost comentat. Pentru evaluarea unui caz e important deci să se evidenţieze toate acestea, direcţie în care OMS s-a arătat mult mai interesat decât DSM-III-IV. Pe lângă precizările de rigoare din SCAN, OMS-ul a publicat la un moment dat o scală specială centrată pe această problemă, sistemul PHSD (Past History and Sociodemographic Description Schedule). Se înregistrează fiecare episod şi fiecare interval. Episodul este considerat ca având în spate minim 30 zile de absenţă a oricărui simptom

(psihotic). Pentru fiecare ep.pt. se estimează: - data aproximativă a debutului; - data contactului cu un serviciu psihiatric (sau echivalent) ; - ritmul debutului (acut 1-7 zile; subacut 1 săptămână – 1 lună; insidios peste 1 lună) ; - dacă s-au petrecut e.v. înainte de debut, independente de boală şi nefiind o consecinţă evolutivă a acesteia (se prezintă ca eventualităţi) ; - internările în spital cu durata lor; - tratamente urmate. Acest sistem nu îşi propune o corelare directă cu principalele evenimente ale ciclurilor vieţii. El a fost relativ puţin utilizat, ca atare, în cercetare. Totuşi, ideea e importantă penrtru a suplini neglijenţa manualelor de diagnostic – şi în primul rând a sistemului DSM-III-IV în ceea ce priveşte circumscrierea longitudinală a tulburării mintale, prin succesiunea mai multor ep.pt. de acelaşi fel sau din aceeaşi clasă.

*

* *

La capătul acestui comentariu privitor la diagnosticul standardizat şi quantificat se cere menţionat că procesul de diagnostic este unul sintetic, care presupune şi intuiţia, utilizarea experienţei personale, colaborarea dintre mai mulţi specialişti şi o gândire concluzivă comprehensivă şi responsabilă. El se petrece între persoane umane. Ceea ce caracterizează procesul de diagnostic din psihopatologia clinică actuală este nu doar parţiala sa standardizare şi cuantificare – care creşte reproductibilitatea sa – ci şi faptul că se desfăşoară deseori în echipă, chiar dacă în final o anumită persoană trage ultima concluzie şi îşi asumă responsabilitatea cazului. Faptul e valabil şi pentru terapie în managementul de caz.

Diagnosticul unui episod sau a unei tulburări poate fi considerat ca posibil, probabil, cert. Apoi, diagnosticianul poate ajunge la concluzia că

tulburarea se manifestă în cazul de față în mod tipic sau atipic. Siguranța şi tipicitatea unei tulburări identificată la un pacient, se poate referi la aceasta în ansamblu, sau la unele aspecte, ca etiopatogenia, modelul evolutiv, respondența terapeutică.

Pe lângă distincția episod – tulburare, în cursul procesului de diagnosticare se mai fac şi alte distincții precum :

- Diagnostic unic sau diagnostic multiplu. Ultimul se referă la prezența unor comorbidități, adică la existența la aceeaşi persoană a două sau mai multe entități maladive considerate ca distincte.

- Distincția primar/secundar. Se consideră că o tulburare este secundară alteia dacă acesta o precede şi există arguemnte că se datorează într-o suficientă măsură prezenței primeia. Problema se pune deseori în cazul apariției depresiei după o perioadă îndelungată de evoluție a altei tulburări, de exemplu agorafobia. Ea nu se pune însă dacă depresia apare după episoade maniacale; în acest caz se consideră că e un aspect firesc şi natural al derulării unei tulburări bipolare. De asemenea în cazul dependenței etanolice deseori e dificil de clarificat dacă depresia o precede pe aceasta sau îi este secundară.

Diagnosticul psihopatologic se formulează într-un anumit limbaj. La un prim nivel avem „diagnosticul etichetă”, care utilizează termenii dintr-un SNN ca ICD-10 sau DSM-IV şi beneficiază de un indice de identificare. Diagnosticul poate fi prezentat sau redactat însă şi mai detaliat, de exemplu cu comentarea relației dintre tulburări în cazul comorbidității, a relației între axele din DSM-IV a interpretării terenului şi factorilor etiopatogenetici pot fi comentate aspectele idiosimcrazice şi particularitățile cazului respectiv, ținându-se cont şi de caracteristicile specifice ale persoanei. În această direcție se dezvoltă mişcarea actuală a „diagnosticului centrat pe persoană”.

*

* *

Psihopatologia clinică actuală e tot mai mult interesată de „spectrul maladiv”. Dar diagnosticul de spectru maladiv nu e posibil în variantele standardizate ale diagnosticului promovate de psihopatologia clinică neokraepeliniană ce se orientează după directivele DSM-III. Ea devine însă accesibilă unui diagnostic deschis spre conceptul de persoană, centrat pe persoană.

Una din inovațiile DSM-III a fost rezervarea unei axe separate pentru diagnosticarea unor tulburări psihice persistente ce se instituie ca un defect al personogenezei, constituind apoi un fundal pentru tulburările episodice. Au fost identificate trei mari categorii : deficiența mintală, tulburările pervasive de dezvoltare de tipul autismului Kanner şi tulburările de personalitate. Acestea erau un indiciu al „terenului” modificat psihopatologic. Deşi, problematica terenului în psihopatologia clinică nu se rezumă la aceste aspecte, fapt ce a fost comentat încă din primul capitol (1.5.). Dintre cele 3 mari categorii menționate cel mai mare interes l-au stârnit tulburările de personalitate (t.p.). Studiile în această direcție au crescut exponențial după 1980. Sistemul de diagnostic pe axe promovat de DSM-III-IV pretinde ca diagnosticul t.p. să se facă similar cu cel al ep.pt. Faptul e desigur posibil. Dar problematica diagnosticării şi evaluării t.p. se extinde şi în direcția nu care interesează ep.pt., cum ar fi de exemplu caracteriologia şi turbulența socială criminală. Oricum, psihopatologia clinică nu poate ocoli problema diagnosticului t.p.

5.3. Evaluarea şi diagnosticul tulburării de personalitate

Diagnosticul t.p. este dificil. El necesită mult timp pentru că se cere evaluată intreaga biografie a persoanei, din multe puncte de vedere şi din diverse surse. Noțiunea de „diagnostic" se aplică acum într-un sens special, larg, fără a fi intru totul similară cu diagnosticul bolilor din medicină, inclusiv din cea psihiatrică. Evaluarea se apropie de cea a caracterizării tipologice in primă instanță. De cea a caracterizării de ansamblu a unei persoane în final.

Un ghid pentru evaluarea şi diagnostic pot fi criteriile generale şi tipologic categoriale din DSM-IV, considerate împreună. În orice caz, nu se poate pune un diagnostic de categorie a t.p. fără să se presupună explicit prezența criteriilor generale de circumscriere a t.p. Şi, eventual, precizarea intensității perturbării, care poate fi medie, gravă, foarte gravă. Se pot identifica desigur şi „trăsături accentuate ale personalității", care creează unele probleme mai ales în mediu familial şi a celor apropiați, caz în care nu avem însă un diagnostic oficial al t.m.

Dacă ne referim strict la evaluarea psihică a persoanei, încă Allport menționa trei seturi de date utile:

- Autodescriere şi chestionare (Q-data);
- Observația comportamentului (B- data);
- Teste psihologice (T-data).

Această împărțire simplifică deja, în mare măsură, viziunea largă asupra personalității pe care o invoca Jaspers la începutul sec.XX. Autorul german sugera obținerea unor date multiple, în care se includ: mărturii ale diverselor persoane, documente precum scrisori, note autobiografice, produse culturale (cărți), neignorând stilul (de exemplu, grafologic), aspectul persoanei şi al ambianței sale fizice imediate (îmbrăcăminte, podoabe), şi, desigur, autodescrierea şi auto-calificarea persoanei în cadrul unor relatări

directe. Toate datele se reunesc în perspectiva biografiei, care include structura psihică a persoanei, diapazonul său de trăiri, paleta de manifestări şi relaţii interpersonale pe care o realizează performanţele funcţionării sale în roluri sociale. Dar şi cunoştinţele sale, cultura, felul în care îşi reprezintă lumea, convingerie şi credinţele sale, concepţia sa despre lume. Viziunea lui Jaspers era una fenomenologică, ce tindea spre ideografic şi descriere de cazuri exemplare. Comentariul lui Allport este mai restrâns la aria de specialitate a psihologului.

O persoană poate fi circumscrisă şi „diagnosticată" cu atât mai uşor cu cât e mai bine cunoscută. De aceea, pe lângă chestionarea directă a persoanei sunt utile informaţii obţinute de la terţe persoane. Uneori, poţi caracteriza şi evalua o persoană doar din relatările unui relativ sau a mai multor persoane ce îl cunosc.

E practicată frecvent administrarea unui interviu de auto-evaluare. Aceasta e o metodă rapidă, economică şi orientativă. Dar, opinia despre sine a persoanei ce completează chestionarul poate fi deformată, prin starea de moment, importanţa acordată acestuia, eventual tulburări psihopatologice pe axa I, de exemplu depresie sau schizofrenie. Însăşi prezenţa unei t.p. poate deforma auto-evaluarea, de exemplu la un histrionic, narcisistic, dependent, schizoid. Ea mai poate fi modificată de nesinceritatea voită a subiectului, fapt e valabil şi în cazul unei chestionări directe. Chestionarele pentru evaluarea t.p. pot fi structurate sau semi-structurate. Acestea conţin de obicei la început şi întrebări deschise, în care subiectul este invitat să se autodescrie, indicându-i-se ariile şi perioadele de viaţă la care să se refere în mod special, dar avându-se în vedere întreaga biografie. Interesează mai ales faptul dacă ciclurile vieţii au decurs sau nu natural: formarea în familie, învăţământul, profesia, întemeierea şi menţinerea unei familii proprii, ciclul

locativ. Apoi, dacă au existat evenimente de viață multiple, schimbări de viață, conflicte cu autoritățile, cu poliția, detenții, ş.a.m.d..

Întrebările directe se referă la relațiile interpresonal-sociale, comportamentul în diverse situații, în roluri sociale, reactivitate la situații deosebite etc. Se urmăreşte evidențierea unor trăsături anormale constante ale persoanei, care ridică probleme de adaptare. Pe lângă întrebările principale se pun şi întrebări secundare, de detaliere sau întrebări complementare, indirecte. Joacă un rol important experiența examinatorului cu persoanele cu t.p., atât în administrarea chestionarelor în general cât şi în administrarea unui anumit chestionar. În relația directă cu examinatorul, acesta poate urmă expresivitatea generală a pacientului, limbajul, atitudinea intepersonală față de interlocutor. Acelaşi chestionar aplicat la unele intervale de timp poate da rezultate mai mult sau mai puțin diferite, dependente de situația de ansamblu în care se află subiectul precum şi de rezultatele schimbării produse pe parcurs.

De regulă, în evaluarea t.p. e important să se obțină informații, şi de la terțe persoane. De obicei se chestionează un relativ apropiat, care îl cunoaşte de mai mult timp (unii autori menționează cel puțin cinci ani de cunoaştere a persoanei). Se aplică aceleaşi întrebări sau cel puțin întrebări privitoare la aceleaşi domenii. Informațiile obținute de la o altă persoană pot fi congruente cu cele ale subiectului. Sau, pot fi parțial diferite, fapt ce depinde de: relația în care află informantul cu subiectul, starea de moment a relației, perspectiva din care îl cunoaşte, intenția pe care o are în furnizarea informației („interesele în joc”). De obicei sunt de preferat persoane apropiate ce doresc să-l sprijine cu obiectivitate.

Pe lângă chestionarea unor informanți apropiați de subiect mai sunt utile date oficiale despre el din partea unor instituții ca şcoala, locul de

muncă, parteneri de afaceri şi hobby, armată, vecini poliție. Cercetarea de teren pe care o face un asistent social obținând informații din diverse surse este totdeauna utilă.

Se mai pot utiliza şi chestionare țintite, de exemplu privitor la impulsivitate, dependență, etc. Se pot utiliza şi teste proiective, dar rezultatul acestora nu este standardizat.

Evaluarea şi diagnosticul t.p. este parțial un construct. De fapt, însăşi criteriile de evaluare ce ghidează diagnosticul, interviul, structurat sau semi-structurat, toate sunt parțial constructe elaborate de autori, care încearcă să ghideze obținerea de date astfel încât între diverşi examinatori să existe un acord de evaluare.

Chestionarele de evaluare a t.p. dau rezultate care se pot raporta la un sistem categorial sau se mențin la un rezultat dimensional. Chestionarele sunt elaborate şi în funcție de orientarea teoretică a autorilor lor, de felul în care concep t.p. de accentul pe care îl pun pe temperament sau pe caracter, pe comportamentul dissocial adaptativ, pe patologie, anormalitate şi normalitate. Nu există şi nu poate fi conceput un chestionar exhaustiv, complet şi infailibil. Aplicarea oricărui chestionar oferă rezultate proprii, care aproximează într-un fel anume realitatea. De obicei, re-aplicarea aceluiaşi chestionar aceluiaşi pacient de către aceeaşi persoană la un interval de timp dă rezultate asemănătoare. Eforturile se depun ca, chestionarele să fie astfel concepute încât investigatori diferiți aplicându-l aceleiaşi persoane la intervale medii de timp să dea rezultate cât mai apropiate.

În domeniul t.p. alternativa se abordare dimensională față de cea categorială s-a dezvoltat mai mult decât în restul psihopatologiei clinice. În perspectiva diagnosticului o problemă dificilă e reprezentat de multitudinea sistemelor dimensionale elaborate şi utilizate, aşa cum deja s-a menționat în

cap.3. În plus, sistemele dimensinale se articulează cu problematica caracteriologică a psihologiei persoanei care are şi ea multe doctrine şi sisteme de evaluare. În ultimii ani există eforturi substanțiale pentru a se realiza sinteze acceptabile de cât mai mulți, în această direcție. O încercare de menționat e cea a echipei lui Krueger care încearcă să articuleze diagnosticele de pe Axa I şi Axa II, formulate în sisteme categoriale şi dimensionale, ultimele bazându-se pe cele două concepții funcționale în prezent : - etichetări cu instrumente de caracteriologie generală; şi – etichetări cu instrumente dimensionale specifice caracteriologiei psihopatologice.

O problemă controversată a diagnosticului psihopatologic este ca sistemul internațional al OMS, ICD-10, nu foloseşte o axă separată pentru diagnosticarea t.p. Şi în cadrul dezbaterilor privitoare a DSM-V revine insistent propunerea ca t.p. să rămână un diagnostic pe axa I, pe axa II plasându-se tipologia sau caracteristicile dimensionale de caracterizare. Problema e că nu a existat un consens privitor la care caracteristici să fie selecținate din multitudinea celor propuse. Sintezele recente făcute de specialişti sugerează concentrarea asupra a patru parametri : 1) extroversie/introversie; 2) impulsivitate/constrângere; 3) instabilitate emoțională; 4) antagonism/dependență. Existența a doar patru mari coloane dimensionale pare să fie o concluzie generală a cercetătorilor, chiar dacă denumirile şi.....variază. Se realizează la acest nivel o articulare între categorial şi dimensional.

Marea majoritate a interviurilor existente au fost elaborate în SUA şi de aceea se referă la DSM-III-IV. În afara acestora se poate menționa doar

PAS-Tyrer, elaborat în Marea Britanie, care e un interviu dimensional-categorial, adaptat pentru a permite diagnosticarea după ICD-10. Şi inventarul Karolinska, elaborat în Suedia de o echipă din care fac parte şi americani, care e un instrument compozit cu elemente preluate din mai multe ale inventare şi utilizat mai ales pentru TP a alcoolicilor.

Tabel XXI

Instrumente multiscală pentru evaluare Personalității şi a tulburărilor de personalitate

Interviuri	Auto-evaluări
Evaluări bazate pe diagnostic	
Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV; Zanarini ct al., 1996) *International Personality Disorder Examination* (PDE; Loranger, 1995, 1999) *Personality Disorder Interview*—/K(PDI-IV; Widigcrctal., 1995) *Structured Clinicul Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorder* (SCID-1I; First ct al., 1997) *Structured Interview for DSM Personality—IV* (SIDP-IV; Pfohl et al., 1997)	*Coolidge Axis II Inventory* (CATI; Coolidge & Merwin, 1992) *Milion Clinical Multiaxial Inventory—III* (MCMI-III; Milion et al., 1994) *Minnesota Multiphasic Personality Inventory Personality Disorder Scales* (MMPI-PD; Morcy ct al., 1985) *Personality Disorder Questionnaire—IV* (PDQ-IV; Hylcr(1994) *Schedulefor Nonadaptive and Adaptive Personality* (SNAP; Clark, 1993) *Wisconsin Personality Inventory* (WISPI; Klein etal., 1993) *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 1991)
Evaluări bazate pe „trăsături”	
Diagnostic Interview for Borderline Patients (DIB; Gunderson et al., 1981) *Diagnostic Interview for Borderline Patients— Revised* (DIB-R; Zanarini et al., 1989) *Diagnostic Interview for Narcissism* (DIN; Gunderson et al., 1990) *Psychopathy Checklist—Revised* (PCL-R; Hare, 1991) *Personality Assessment Schedule* (PAS; Tyrer, 1988) *Structured Interview for the Five-Factor Model* (SIFFM; Trull & Widiger, 1994)	*Dimensional Assessment of Personality Pathology— Basic Questionnaire* (DAPP-BQ; Livesley & Jackson, in press) *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality,* (SNAP; Clark, 1993) *Inventory of Interpersonal Problems*—Personality Disorder scales (IIP-PD; Pilkonis et al., 1996) *NEO Personality Inventory—Revised* (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992) *Extended Interpersonal Adjective Scales* (IASR-B5; Trapnell & Wiggins, 1990) *Personality Adjective Check List* (PACL; Strack, 1987) *Tridimensional Personality Questionnaire* (TPQ; Cloninger et al., 1991, 1993); *Temperament-Character Inventory* (TCI; Cloninger et al., 1994)

	Structural Analysis of Social Behavior Intrex Questionnaire (SASB-IQ; Benjamin, 1996a)

5.4. Evaluarea psihologică în psihopatologia clinică

A fost comentată problema diagnosticului episodului, a tulburării de personalitate şi în principiu a tulburării mintale în viziunea neokraepeliniană a DSM-III-IV care tinde spre standardizare şi cuantificare. Dar diagnosticul şi evaluarea psihopatologică, derivată din etichetarea ce se desfăşoară în psihologia populară şi în caracteriologie, îşi are şi o altă tradiție, pe care psihologii au dezvoltat-o studiind persoana şi preocupându-se de psihoterapie. În sec.XX s-au abilitat o serie de „probe proiective", corelate unor doctrine psihopatologice. O probă proiectivă provoacă persoana – normală, cu probleme sau aflată în stare psihopatologică – să elaboreze un răspuns ce poate fi interpretat. Celebru este Testul Rorschach, al petelor de culoare. A fost utilizată mult timp proba Szondy, de alegere a unei fotografii de bolnavi psihici concepută pentru investigarea unor orientări pulsionale antropologice. Testul Tematic Aperceptiv al lui Cattel în care subiectul îşi proiectează în povestire pe marginea unor fotografii conflictele intrapsihice şi opinii despre sine. Informații utile se pot obține când subiectul e invitat să deseneze un om, un pom, o casă, o familie etc. Sunt probe în care el urmează să completeze fraze la care e prezentat doar începutul, probe în care trebuie să asocieze rapid alte cuvinte la un cuvânt prezentat, să îşi exprime preferința culorilor, probe constructive, răspunsuri la situații standard problematice, reacții în urma propunerilor de joc de rol. Dincolo de identificarea unui „sindrom clinic semnificativ" psihopatologia sondează caracteristicile unei persoane date. Psihopatologul poate afla, complementar

cu diagnosticul categorial, multe date despre psihismul persoanei în cauză; despre problemele, frământările, tendințele sau „complexele” acestuia.

Psihologul poate explora de asemenea funcționarea cantitativă a unor funcții ca atenția sau memoria. În ultimul timp s-au dezvoltat mult probele psihologice neurocognitive care evidențiază deficiențe şi perturbări ale funcționării psihice bazale, care nu sunt cuprinse în diagnostic, dar care interesează mult psihopatologia.

În cursul diagnosticului psihopatologic este normal să se întocmească un dosar în care să se obțină cât mai multe informații, inclusiv cele de investigații psihologice variate.

5.5. Evaluarea funcționării sociale şi a deteriorării acesteia în psihopatologie

Stările psihopatologice, având diverse tablouri clinice, durate şi intensități, exprimă o modalitate disfuncțională şi deficitară a existenței persoane umane. Aceasta este evidentă din perspectiva vieții sociale, a integrării funcționale în comunitate şi a creativității. Sistemul DSM-III-IV a introdus deteriorarea sau deficiența („impairment”) funcționării sociale ca un criteriu al circumscrierii tulburării mintale, un criteriu de diagnosticare a acesteia. Faptul presupune evaluarea cantitativă a acesteia, ceea ce îşi propune diagnosticul pe axe al acestui sistem. Din cele cinci axe diferențiate de acesta, ultima – GAF – introduce o schemă scalară de evaluare a funcționalității care combină amploarea simptomatologiei cu deficiențe în funcționarea socială, ocupațională sau şcolară.

Tabel XXII

Scala de evaluare globală a funcționalității (GAF – DSM-IV-TR)

90-81	Simptome absente sau minime, funcționare bună în toate ariile, interesat şi implicat într-o gamă largă de activități, eficient social, în general mulțumit de viață, numai probleme sau îngrijorări cotidiene
80-71	Dacă simptomele sunt prezente, ele sunt tranzitorii sau reacții de aşteptat (normale) la stresorii psiho-sociali; doar uşoare deficiențe în funcționarea socială, ocupațională sau şcolară
70-61	Unele simptome uşoare sau unele dificultăți în funcționarea socială, ocupațională sau şcolară, dar, în general, funcționează destul de bine, are unele relații interpersonale semnificative
60-51	Simptome moderate sau orice dificultăți moderate în funcționarea socială, ocupațională sau şcolară
50-41	Simptome serioase sau orice deficiențe serioase în funcționarea socială, ocupațională sau şcolaraă
40-31	Unele deficiențe în testarea realității sau în comunicare, sau deficidențe majore în arii diverse, cum ar fi munca sau şcoala, relațiile familiale, gândire, judecată sau dispoziție
30-21	Comportamentul se consideră a fi influențat de deliruri sau halucinații sau există deficiențe serioase în comunicare sau judecată, sau incapacitate de funcționare în aproape toate ariile
20-11	Un oarecare pericol de a-şi face rău singur sau altora, sau ocazional, nu reuşeşte să mențină o igienă personală minimă, sau deficiențe majore în comunicare
10-1	Pericol persistent de a se răni singur sau a face rău altora, sau incapacitate persistentă în menținerea igienei personale minime, sau acte suicidare serioase, cu o expectanță clară a decesului

DSM-IV-T.M. a acceptat în anexele sale, orientate spre studii viitoare şi o scală de evaluare a funcționării sociale şi ocupaționale în care să nu fie menționată starea psihopatologică (Social and Occupational Functioning

Assessment Scale – SOFAS) care a fost însă neglijată şi nu a fost implicată în cercetare. În schimb OMS-ul nu a acceptat niciodată să amestece evaluarea psihopatologică cu cea a funcţionării sociale, promovând sisteme distincte de diagnsoticare a bolilor – ultima versiune oficială a acestora fiind ICD-10 din 1992 cu capitolul F pentru tulburările psihice – faţă de diagnosticarea handicapurilor şi disabilităţilor sociale – ultima versiune oficială a acestora fiind CIF din 2001. Pentru evaluarea disfuncţionalităţii sociale a tulburărilor psihice, OMS a lansat în 1988 instrumentul DAS, care are în vedere 4 mari domenii şi o evaluare globală (itemii fiind cotaţi cu 4 grade de gravitate. Domeniile în discuţie sunt :

1. Comportament general: 1.1. Comportamentul de autoîngrijire a pacientului în ultima lună; 1.2. Reducerea activităţii (în ultima lună); 1.3. Lentoare; 1.4. Retragere socială

2. Performanţa în roluri : 2.1. Participarea la activităţile gospodăreşti; 2.2. Rolul marital, relaţiile afective cu soţul; 2.3. Rolul marital : relaţiile sexuale cu soţul; 2.4. Rolul parental: interesul faţă de copii şi îngrijirea lor; 2.5. Rolul sexual : relaţiile cu alte persoane decât partenerul marital; 2.6. Contactele sociale : fricţiuni în relaţiile interpersonale, altele decât cele maritale; 2.7. Rolul ocupaţional : performanţa în muncă în ultima lună (inclusiv activitatea studenţilor); 2.8. Rolul ocupaţional : interesul în a găsi o slujbă sau în a reveni la serviciu sau studii; 2.9. Interesele şi informaţiile în ultima lună; 2.10. Comportamentul pacientului în situaţii de urgenţă sau extraordinare, ce s-au petrecut în ultimele 6 luni.

3. Pacientul în spital : 3.1. Comportamentul în secţie; 3.2. Opinia infirmierilor; 3.3. Ocupaţiile pacienţilor; 3.4. Contactul cu lumea din afară;

4. Factori modificatori : 4.1. Achiziţii specifice (în ultimele 6 luni), 4.2. Responsabilităţi specifice; 4.3. Atmosfera psihică din cămin (familie); 4.4. Suport exterior

5. Evaluare globală.

După cum se poate constata, sistemul DAS are în vedere şi situaţia în care pacientul este internat în spital, precum şi modificările survenite în ultimele 6 luni, cu sau fără intervenţia unor factori exteriori. Deşi instrumentul a fost utilizat destul de mult în cercetare, mai ales în variante ulterioare, prescurtate şi simplificate, preocupările OMS în direcţia evaluării funcţionării sociale s-au orientat în direcţia elaborării unei noi versiuni a manualului din 1980 privitor la clarificarea şi diagnosticarea handicapurilor.

Denumirea completă a manualului este, în traducerea română : „Clasificarea internaţională a funcţionării, disabilităţii şi sănătăţii" – prescurtat CIF. El a fost adoptat de OMS în 2001. Dar ideile pe care le exprimă, care sunt consonante cu cele din DAS, au stat la baza conceperii diagnosticului pe axe pe care l-a promovat pentru tulburările psihice OMS şi Asociaţia Mondială de Psihiatrie – WPA – idei fixate într-un manual publicat în 1997 (Multiaxial Presentation of the ICD-10 for use in Adult Psychiatry). Acest sistem diferă de cel din DSM-III-IV prin faptul că promovează 3 axe : Axa I reuneşte toate bolile şi tulburările; axa II abordează separat doar nivelul de funcţionare socială; axa III se referă la factorii ambientali şi psihosociali ce joacă un rol în apariţia afecţiunii.

Pentru evaluarea funcţioării sociale, axa II se referă la 4 domenii :

Îngrijiri personale. Acestea trebuie privite ca şi activităţi ghidate de norme şi convenţii sociale. Se referă la igiena personală, îmbrăcare, alimentare etc., activităţi la realizarea cărora pacientul trebuie să participe. Deci vor fi luate în considerare : (i) activităţile pacientului ce contribuie la

menţinerea igienei şi sănătăţii; (ii) obiceiurile alimentare (mese regulate, îngrăşare sau slăbire); (iii) menţinerea spaţiului de locuit în ordine şi igienă.

Ocupaţia. Acest domeniu se referă la funcţionarea în activităţi remunerate, la studiu, activităţi casnice, echivalente cu munca standardizată. Se au în vedere : (i) conformarea pacientului cu disciplina muncii; (ii) calitatea performanţei în muncă; (iii) motivaţia de a se menţine într-un rol ocupaţional.

Familia şi activităţile într-o gospodărie. Domeniul se referă la participarea la viaţa familială (rol marital, rol parental) şi la activităţile gospodăreşti (menajul, a lua masa împreună). Se cere a se ţine cont de specificul cultural. Privitor la rolul marital, se iau în considerare: (i) comunicarea cu soţul; (ii) abilitatea pacientului de a-şi manifesta afectivitatea; (iii) măsura în care pacientul este resimţit de către partener ca o sursă de suport. Privitor la rolul parental, se iau în considerare, (i) capacitatea pacientului de a asigura sănătatea şi securitatea copiilor; (ii) măsura în care prezintă afecţiune faţă de copii şi se interesează de starea lor de bine şi de viitorul lor; (iii) eventualele abuzuri sau acţiuni adverse în raport cu copii. Privitor la activităţile în gospodărie, se au în vedere: (i) modalitatea în care pacientul participă la menţinerea familiei ca un grup social viabil; (ii) maniera în care apcientul îşi îndeplineşte rolurile în familie.

Funcţionarea în contexte sociale apropiate. Acest domeniu se referă la performanţele pacientului în relaţie cu membrii comunităţii, la participarea sa la activităţi de relaxare şi distracţie sau la alte activităţi sociale. Oricum, se are în vedere, raportarea sa la persoane din afara familiei. Se iau în considerare : (i) modalitatea în care pacientul răspunde la întrebările, problemele, solicitările altora; (ii) modul său de coexistenţă cu alţii, la nivel „impersonal” (în magazine, autobuze, la conferinţe, etc.); (iii)

comportamentul față de persoane care îi displac; (iv) calitatea şi continuitatea contactelor cu prietenii; (v) angajarea pacientului în activități de destindere şi recreere în afara casei.

Evaluarea se face pentru fiecare domeniu şi global, prin note de la 0 la 5, în sensul că : 0 = nici o disabilitate de-a lungul timpului, pacientul funcționează conform normelor grupului său de referință, în contextul socio-cultural dat. 5 = devierea de la normă este foarte gravă în toate domeniile, atingând un punct critic; pacientul este grav disabilitat tot timpul.

Deficiența, dsifuncționalitatea, perturbarea funcționării în roluri sociale, în relaționarea interpersonal socială, este de obicei evidentă şi de la sine înțeleasă în cursul unui episod psihopatologic acut şi intens, cum ar fi o stare de delirium, un atac de panică sau o manie coleroasă. În cadrul episoadelor mai prelungite, ea poate varia în funcție de fază, de perioade prodromală, inițială, cea a manifestării intense, cea a remisiunii parțiale ş.a.m.d. O corelație cu simptomatologia psihopatologică există, desigur, dar ea nu e totdeauna liniară. Un pacient la care persistă halucinații şi idei delirante poate avea concomitent o bună funcționarte socială în diverse arii. În perioada ce urmează episoadelor psihopatologice, în aşa zisele „stări defective postmaladive" relația iarăşi nu e totdeauna sinergică. Pot exista importante „defecte sociale" cu simptome psihice minime, de ex. doar astenice; iar alte cazuri în care o bună parte din simptomatologie persistă, pot funcționa eficient, de ex. în roluri familiale, paternale etc. Un aspect deosebit îl constituie şi perspectiva developmentală. In perioada infanto-juvenilă, psihopatologia poate bloca dezvoltarea unor funcții psihice sectoriale; sau poate bloca şi opri din dezvoltare domenii ample ale manifestărilor psihice, cum ar fi relaționarea socială – în tulburarea pervasivă de dezvoltare autistă – sau progresele în domeniul cognitiv, al

inteligenței operaționale – ca în deficiența mentală. Un aspect special al dezvoltării psihice anormale, îl constituie tulburările de personalitate, a căror diagnostic a şi fost comentat separat.

Diagnosticarea separată a deficienței de funcționare socială („functional impairment") față de simptomatologia psihopatologică este un punct de vedere pe care OMS şi WPA îl susțin în continuare (Ustun, 2009) şi de care psihopatologii americani încep să se apropie. Ca argumente importante sunt menționate : - Faptul că un pacient cu tulburări psihice poate avea şi boli somatice contribuie la o concomitentă reducere a funcționării sociale; - tulburările de funcționare sociale pot avea şi alte cauze decât tulburările psihice şi bolile somatice; - ele necesită tipuri speciale de intervenție recuperatorie şi protezare socială. Totuşi, renunțarea la actuala combinație pe care din 1980 o promovează DSM-III-IV necesită o perioadă de tranziție, deoarece acest instrument stă la baza multor studii clinice, iar reevaluările necesită instrumente compatibile.

5.6. Diagnosticul psihopatologic în perspectiva epidemiologiei, a psihiatriei comunitare şi de-a lungul ciclurilor vieții

Problematica diagnosticului medical, inclusiv a celui psihiatric-psihopatologic, s-a dezvoltat în jurul cazurilor internate în spitale. Medicina şi psihopatologia s-au orientat progresiv, în sec.XX, tot mai mult spre comunitate, ceea ce implică depistarea precoce, prevenție şi studii epidemiologice active în domeniul bolilor netransmisibile. Cercetarea şi acțiunea în acest domeniu al psihopatologiei „marginale" presupune un domeniu al tulburărilor şi bolilor clar şi oficial definite, care se operează ca referențial. În acest sens sunt utile sistemele de diagnostic de tip DSM III-IV şi ICD-10 oricât de criticabile ar fi. În relație cu aceste sisteme se desfăşoară

acțiuni practico-teoretice care nu invocă direct diagnosticele oficiale, dar le presupun sau fac referință la ele. Menționăm câteva din aceste programe:

- Studii populaționale pentru depistarea activă a cazurilor. E vorba de obicei de cazuri de intensitate medie dar chiar şi gravă, care nu se manifestă datorită reticenței subiectului şi reticenței subiectului şi anturajului; sau fenomenelor de compensare şi toleranță psihosocială. Mai des e în discuție patologia depresivă, obsesivă, unele forme de anxietate fobică şi de addicție; dar şi multe cazuri de comportament impulsiv sau chiar de manifestări psihotice. Cazurile nedepistate pot evolua divers, se pot remite, agrava, croniciza etc. Depistarea activă se poate face prin echipe de intervenție special instruite, care acționează după o metodologie specializată în studii populaționale. Astfel de intervenții sunt, desigur, costisitoare. Dar însăşi creşterea numărului de specialişti şi instituții specializate dintr-o zonă geografică poate ameliora depistarea. Pentru epidemiologie se dezvoltă instrumente speciale, de obicei chestionare sau scale de autoevaluare, ce pot fi aplicate uneori de cercetători care nu sunt psihopatologi.

Depistarea cazurilor subclinice şi a prodroamelor, dezvoltă şi adânceşte ideea acțiunii active în rândul populației. Sunt implicate însă acum aspecte teoretice şi metodologice speciale. Un caz subclinic şi un prodrom pot fi circumscrise şi identificatde doar în raport cu cazul bine circumscris, în raport cu care prezintă simptome parțiale, incomplete sau „mascate". În acest sens s-a comentat începând cu anii '70, „depresia mascată prin simptome somatice". În acelaşi sens a putut fi comentată şi patologia anxioasă şi poate fi abordată patologia obsesivă, hipomaniacală ş.a. Uneori se acceptă drept „caz" şi acelea care întrunesc un număr mai mic de simptome decât „cazul clinic semnificativ". În ultimul deceniu s-a acordat şi se acordă o mare importanță prodromului psihotic. Sunt evaluate frecvența,

intensitatea şi durata simptomelor, alături de alți factori de risc. O atentă depistare precoce sau a manifestărilor subclinice, permite şi intervenții terapeutice precoce; şi/sau monitorizare medicală a cazului. Sunt depistate cazuri cu risc crescut şi cazuri cu „foarte mare risc" pentru psihoze.

Identificarea – sub umbrela ideii de diagnostic – a cazurilor vulnerabile pentru patologie psihiatrică, reprezintă un alt obiectiv al psihiatriei comunitare. Acest fapt devine posibil pe baza unor indicii, cum ar fi : un copil născut dintr-o mamă schizofrenă; - un tânăr ce creşte alături de tatăl său alcoolic; - o femeie ce îmbătrâneşte într-o familie în care s-a manifestat timp de mai multe generații boala Alzheimer. În discuție nu e doar vulnerabilitatea genetic biologică ci un complex de împrejurări umane care sugerează vulnerabilizarea persoanei. Caracteristicile mediului uman ecologic sunt la fel de importante. Pentru schizofrenie s-a dezvoltat scala Bonn a „sindroamelor bazale" recent relansată de Parnas.

Prezența unor tulburări de dezvoltare în cursul ontogenezei şi a ciclurlor vieții, pot ridica probleme de diagnostic ce se corelează cu precedentele. De ex. manifestări excesive ale anxietății de separare, ale ritualurilor infantile normale, reactivitatea opozițională sau explozia excesivă a unor copii, pot fi indicatori de alarmă sau de sesizare a celor ce urmăresc supervizarea grupelor cu risc crescut. În acelaşi sens pot funcționa şi – particularități temperamintale excesive, de tipul hipertimiei, retragere depresivă, nesiguranță anxioasă, apariție indiferenței; - sau o excesivă dependență interpersonală, un excesiv opoziționalism, o excesivă conştiinciozitate sau hiperexpresivitate ş.a.m.d. Psihologia şi psihopatologia developmentală urmăreşte cu atenția tranziția între manifestări normale, excesive şi psihopatologice în diverse momente ale ontogenezei. Tranziția ce poate fi oricând reversibilă, care depinde de foarte mulți parametri şi care

indică clar existența unor lungi perioade în care nu se poate formula un diagnostic bine argumentat de tulburarea psihică. Dar, fără existența unor criterii explicite, clar definite şi acceptate public a tulburărilor psihice, nici una din problemele mai sus menționate ale psihopatologiei comunitare nu poate deveni funcțională. In perspectivă developmentală unele tulburări psihice, marginale sasu chiar clar exprimate pot dispărea în alte faze developmentale. Sau se pot schimba în alt tablou clinic. Acest fapt susține ideea că actualul sistem de diagnosticare, aşa cum e el prezentat în DSM-III-IV şi ICD-10, are o semnificație şi o utilitate care îl va menține încă o perioadă de timp în prim plan.

5.7. Diagnosticarea altor aspecte decât cele psihopatologice şi de performanță

Într-un sens restrâns, psihopatologia clinică urmând consecvent modelul medical, a promovat creşterea acurateței diagnosticului de tulburare episodică, tulburare de personalitate şi, în ansamblu, de tulburare mentală care se manifestă disfuncțional şi deficitar în plan social. Încadrarea în proiectul medical implică însă şi etiopatogenia, care în acest caz se desfăşoară între polul somatic-cerebral şi cel al influențelor psiho-sociale. Creatorii sistemului DSM-III-IV au înțeles acest fapt atunci când au elaborat diagnosticul pe axe : axa III se referă la patologia somatică a persoanei în cauză iar axa IV la evenimentele de viață importante din ultimul an. Deschiderea spre comunitate a psihiatriei a condus psihopatologia clinică şi ține tot mai mult seama de existența normală şi firească a omului, dincolo de eventuala sa claustrare în azile sau spitale. Această perspectivă a fost constant cultivată de toate doctrinele psihopatologice ale sec.XX, care au dialogat constant cu psihologiile orientate spre persoană; precum şi cu o serie de alte doctrine antropologice sau filosofice. Astfel, treptat,

„psihopatologia clinică", încearcă să evalueze persoana umană fragilă, care eventual a trecut prin episoade psihopatologice, în lumea şi mediul său de existenţă firească. Care, e cel al existenței în comunitatea socio-culturală a nişei sale ecologice umane. Posibilele influenţe psiho-sociale stresante dar şi factorii protectivi ai acestei nişe, interesează psihopatologia clinică în egală măsură cu simptomatologia. Perspectiva diagnosticării şi evaluării s-a extins, cu sensul de claritate, exactitate, rigoare şi precizare cantitativă şi în această direcție. De aceea, actuala psihopatologia clinică e interesată de probleme cum ar fi evaluarea evnimentelor stresante de viaţă, a rețelei de suport social, a calității vieții.

Evaluarea evenimentelor de viaţă – e.v. – cu posibile implicații în apariția unui e.ps. presupune identificarea lor, plasarea lor în timp în raport cu debutul acestuia, eventual evaluarea intensității lor. În DSM – IV-TR acestea sunt evaaluate pe axa IV, prezentându-se o listă orientativă privitoare la domeniile în care acestea se pot manifesta : - conjugal (marital, nonmarital), parental, probleme interpersonale (de ex. cu prietenii, vecinii, membrii nemaritali ai familiei), ocupațional (incluzând munca, şcoala, gospodăria, şomajul, pensionarea, probleme şcolare), circumstanțe de viaţă (de ex. schimbarea rezidenței, imigrare), financiar, legal, developmental (faze ale ciclurilor vieții), boli sau accidente fizice, operații, avorturi, alți stresori (de ex. dezastru natural, persecuție, agresiuni cu jaf), factori famliali (pentru copii şi adolescenți). Stresorii sunt clasificați în acuți, cu durata de sub 6 luni şi predominent persistenți. Evaluarea se face în raport cu 5 valori : absent, uşor, moderat, sever, extrem.Un alt sistem e cel ce exprimă în instrumentul PANI a lui Zimmerman. In principiu se au în vedere e.v. din ultimul an dar şi înainte, dacă se consideră că au avut un impact cu e.ps. Nu interesează dacă ele au avut un impact plăcut sau neplăcut, dacă au fost

resimțite pozitiv sau negativ. Intensitatea resimțită e cotată între 0 – 4. Interviul reglementează felul în care să se coteze evenimentele ce se repetă la scurt interval de timp şi măsura în care ele sunt sau nu independente de subiect. Sunt luate în considerare, detaliat, evenimente ce pot apare în ciclurile naturale ale vieții în următoarele domenii : relații intime în perspectiva căsătoriei, în afara situației de căsătorit, cu prieteni şi rude; rezidența; ocupația; finanțele; calitatea de părinte; studența; morți; sănătate; relații interpersonale; juridic; ghinioane; diverse. În total sunt 197 itemi. Prezentăm ca exemplificare primul domeniu :

Tabel XXIII

Exemplificarea unui item din scala PANI a lui Zimmermann

RELATII INTIME - CASATORIT	Cu cât timp în urmă	Impact negativ 0 – 4	Impact pozitiv 0 - 4
Care este statutul marital actual? S-a schimbat în ultimul timp? (data) (Chestionarul parcurge mai multe domenii chiar dacă nu e cazul, pentru a le exclude) 1. Căsătorit fără acordul familiei 2. Căsătorit cu acordul familiei 3. Se logodeşte cu acordul familiei 4. Se logodeşte fără acordul familiei 5. Separare familială datorită dificultăților materiale 6. Separare de soție/soț pentru mai mult de o lună pentru alte cauze decât dificultăți materiale 7. Divorț 8. Reîmpăcare cu soția/soțul după separare datorită dificultăților maritale (reconciliere) 9. Infidelitate față de soț 10. Infidelitate a partenerului			

Sistemul are şi valoarea unui check-list şi poate evidenția nu doar e.v. intens stresante ci şi schimbările de viață – pozitive sau negative – şi problemele curente ale vieții, care, prin cumul, pot juca un rol în condiționarea e.ps. In principiu nu se are în vedere însă toată istoria biografică aşa cum e cazul cu fişa 23 din AMDP sau cu axa III din sistemul de diagnostic pe axe ICD-10.

Evaluarea rețelei de suport social se poate face şi ea prin chestionare adresate pacientului şi eventual confirmate de un relativ. Convingerea pacientului ce are persoane apropiate care-l sprijină sau îl pot sprijini este importantă prin ea însăşi.

Scala Sarasson (The Social Support Questionairfe SSQ) constă din 27 întrebări, pentru fiecare fiind prevăzute 2 răspunsuri. De exemplu : 1. Cui vă puteți adresa cu adevărat când simțiți nevoia de a vorbi? 2. Pe cine vă puteți baza să vă ajute când o persoană despre care ați crezut că vă este bun prieten v-a insultat, spunându-vă că nu doreşte să vă mai vadă? Primul răspuns indică, în ordinea importanței, persoanele şi tipul de legătură. Al doilea se referă la cât de satisfăcătoare este apreciată această raportare, de la foarte satisfăcător la foarte nesatisfăcător.

Scala lui Henderson (ISSI) cuprinde 13 întrebări la care se cer 3 răspunsuri. De ex.6.a. : Există vreo persoană pe care simțiți că vă puteți sprijini? Răspuns poate fi : nici una; da, dar nu am nevoie de nici una. Dacă da, întrebarea continuă : cine este aceasta? 6.b. V-ar place să vă puteți sprjini mai mult pe această persoană? ş.a.m.d.

Scala lui Veil (MISS – The Mannheim Interview on Social Support) are în vedere atât suportul instrumental cât şi cel psihologic (afectiv), zilnic şî în situații de criză, sursele şi amploarea acestuia. Sunt 5 categorii de întrebări (A,B,C,D,E). De ex. B1: dacă ar trebui să cereți cuiva un mic favor

(de ex. să vă împrumute ceva, să vă ajute să rezolvați mici reparații în gospodărie sau să facă unele cumpărături, cui a-ți putea săa vă adresați? In timpul ultimei săptămâni cine v-a ajutat în astfel de probleme de zi cu zi sau altele similare? V-ar place să cunoaşteți mai mulți oameni cărora să le cereți astfel de favoruri? Se stabilesc şi ariile sociale din care ar putea veni sprijinul : familie, cunoştințe, vecini, colegi de serviciu, biserică etc.

Scalele de evaluare nepsihopatologice sunt foarte multe, putând viza cunoaşterea persoanei din diverse incidențe : a stimei de sine, a dependenței interpersonale, a concepției despre viață etc. Psihopatologia a fost interesată în ultimul timp mai ales de evaluarea calității vieții şi a satisfacerii nevoilor.

Pentru psihopatologie problema calității vieții – c.v. – se pune mai ales la cazurile de evoluție îndelungatră, la care sunt posibile recăderi, defecte clinice şi deficiențe de funcționare, cazuri care ar urma procesului de desinstituționalizare început în deceniul al VII-lea, fac obiectul unui „management de caz". În evaluarea c.v. se cere ținut cont şi de factori subiectivi şi obiectivi, contextuali, fizico-materiali. În conceptualizarea lui Katschnig ea poate fi evaluată din 3 perspective :

- Starea de „bine subiectiv";
- Funcționarea în roluri sociale; aceasta este evaluată prin axa II a ICD-10
- Calitatea factorilor ambientali, contextuali.

Factorii subiectivi sunt deseori destul de greu de evaluat. S-a propus urmărirea lor în raport cu teoria „nevoilor umane bazale" a lui Maslow (McKenna), caz în care se urmăreşte: - autorealizarea (nevoia de a realiza propriul potențial); - stima de sine (nevoia de a fi respectat de alții); - nevoia de suport social din partea altora; - siguranța (securitatea la domiciliu şi în lume); - aspecte psiho-fiziologice (satisfacții în direcția nevoii de

alimentație, adăpost etc.). În evaluarea „binelui subiectiv" intervine şi factorul timp, în sensul că trăirea persoanei e evaluată în raport cu situația de moment, pentru o perioadă determinată de timp, cum ar fi o lună (cazul cel mai frecvent); sau pe durată îndelungată, ajungându-se până la evaluarea sentimentului de „fericire". Pentru o evaluare circumstanțială, subiectul poate fi solicitat să se autoevalueze în raport cu o serie de întrebări.

De exemplu, în scala BGOL e prezentată subiectului următoarea listă de opțiuni : 1. Nu simt o stare de eşec (failure); 2. Mă simt capabil să fac față muncii; 3. Am un bun apetit; 4. Nu mă simt inferior; 5. Totdeauna sunt plin de energie; 6. Am dificultăți în a lua decizii; 7. Nu sunt lipsit de speranță; 8. Sunt încrezător în mine; 9. Nu am dureri fizice; 17. Mă simt în siguranță; 18. Am o mobilizare fizică completă; 19.Sunt plin de speranță; 20. Sunt bucuros că trăiesc; 21. Mă simt confortabil cu mine; 22. Resimt plăceri în hobby-urile mele; 23. Nu sunt niciodată îngrijorat.

Trebuie subliniat că starea de „bine subiectiv" nu se rezumă la o trăire afectivă. Întotdeauna intră în joc şi o evaluare, deci un factor cognitiv, de apreciere. În cazurile de „distorsiune cognitivă" cum sunt cele din depresia prelungită, diminuarea c.v. poate deriva din această modifcare de optică. Factorul cognitiv este extrem de important atunci când se cere o evaluare pe termen lung când se întreabă despre mulțumirea globală în raport cu istoria de viață, cu vârsta, sau atunci când e atinsă problema fericirii.

Factorii contextuali ambientali cei mai frecvent evaluați în caracterizarea c.v. sunt următorii :

- *Calitatea locuinței*. Aceasta este privită în perspectiva comodității ce o oferă (mărime spațuală, dotare cu mobilier), cât şi a factorilor de zi cu zi, care participă la c.v., cum ar fi căldura, apa curentă, iluminatul, congelatorul, radioul, televizorul etc.; desigur, aceştia variază mult în raport cu contextul

socio-cultural. De locuinţă se corelează şi relaţiile cu vecinii sau modalitatea în care esşti acceptat, sau nu, de ceilalţi locuitori ai casei, aceste probleme interferând cu aria problematicii interpersonal-sociale a familiei, în sens lărgit.

- *Comunicarea* privită într-o perspectivă largă, care implică şi deplasarea. Se pot lua în considerare : calitatea serviciilor în domeniul mijloacelor de transport în comun, calitatea drumurilor, eventual existenţa mijloacelor proprii de deplasare (maşină proprie) dar şi comunicarea la distanţă, prin telefon sau prin alte mijloace.

- *Siguranţa în viaţa socială, sentimentul de protecţie în mijlocul comunităţii*. Acestea pot fi asigurate de sistemul de ordine, de legislaţie, modifciar în anumite momente socio-politice deosebite, condiţionat de frecvenţa răufăcătorilor într-un cartier locativ anume etc. Până şi iluminatul străzilor este, uneori, inventariat la acest capitol. Mai pot fi luate în considerare marginalizarea sau stigmatizarea individului în societate din motive etnice, religioase sau pentru că a suferit de o boală (psihică);

- *Facilităţile şi şansele* pe care un individ le are în micro-grupul sau societatea în care trăieşte; de exemplu, accesul la educaţie, la informare, accesibilitatea la îngrijiri medicale, şansele de acţiune independentă, eficientă sau creatoare, accesul la cultură etc.

- *Nivelul de autonomie şi libertate a subiectului*. La acest nivel se poate începe cu autonomia în deplasare, ce poate fi condiţionată de defecte maladive, fizice sau psihice (amputaţia picioarelor, agorafobie), dar articulată şi cu mijloace contextuale fizice umane (proteză, maşină, însoţitor). Autonomia individului se corelează, în contextul său social, cu permisivităţile ce-i sunt acordate, dar şi cu capacitatea sa de a se afirma şi impune. Autonomia şi libertatea de manifestare sunt dependente şi de mediul

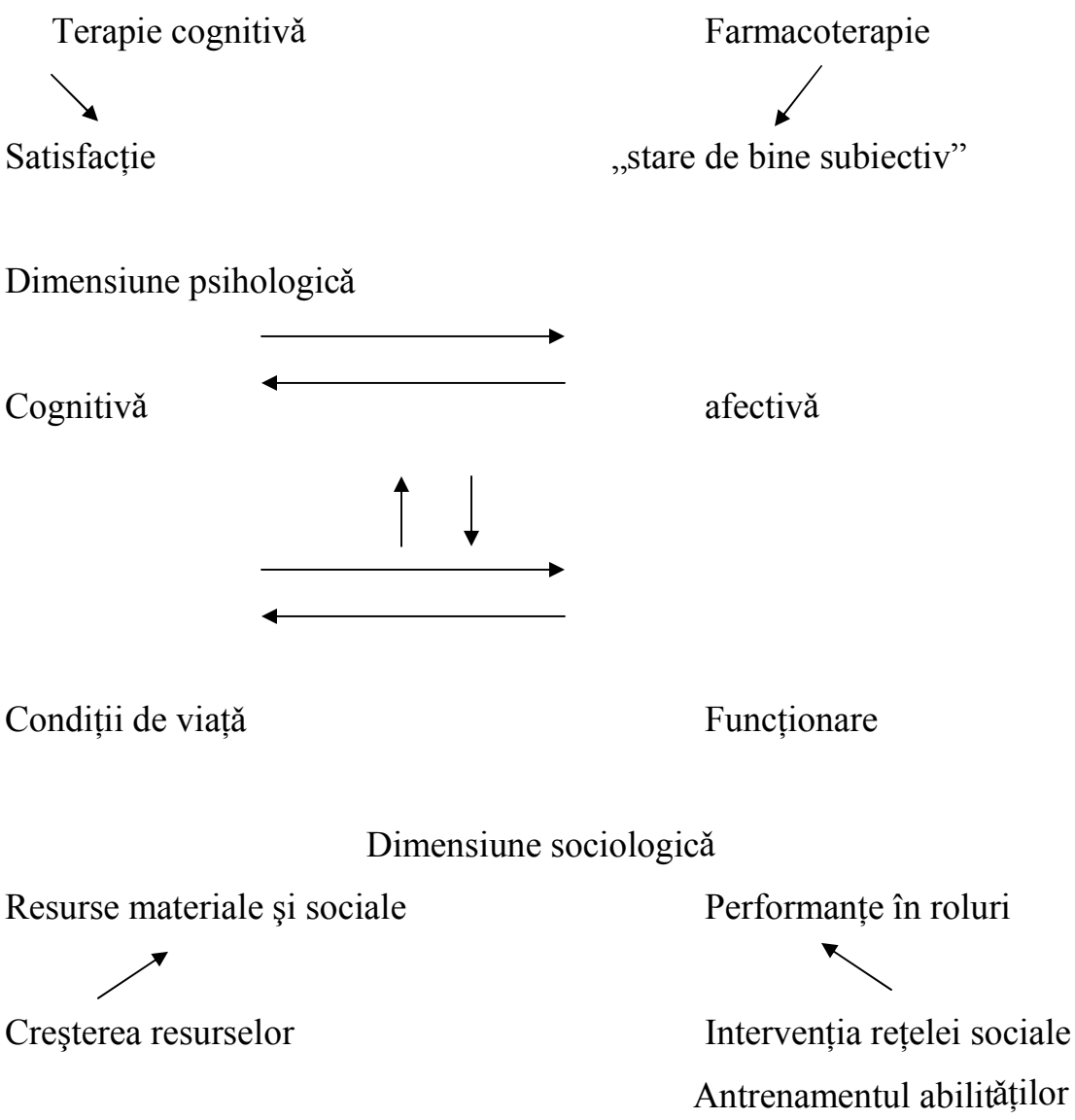
socio-cultural, mai permisiv sau mai restrictiv, rejectiv sau oprimant, precum şi resursele sale financiare. Ne aflăm acum într-un domeniu în care factorii contextuali interferă strâns cu cei de funcţionare în roluri sociale şi cu cei subiectivi-psihologici.

- *Domenii de manifestare permisivă de articulare pozitivă şi împlinire a convingerilor şi credinţelor subiectului.* Acestea pot fi, pe de o parte, politice şi, pe de altă parte, religioase. Omul credincios poate găsi, prin rugăciune, prin participarea sa la viaţa unei biserici, a unei comunităţi religioase interesată de soarta membrilor săi şi, în general, prin credinţa sa, un plus de forţă moral-spirituală, fapt important pentru c.v. sale. Şi la acest nivel, aspectul „contextual" este doar un implicat al proiectelor existenţiale ale persoanei.

Odată cu procesul de desinstituţionalizare s-a opiniat că pacientul sau defectivul psihic, menţinut în societate, e mai puţin costisitor pentru societate în pespectiva cost/beneficiu. Acest lucru nu s-a confirmat, dată fiind complexitatea serviciilor şi activităţilor ce se organizate. Totuşi, există evident şi un beneficiu uman, atât în ceea ce priveşte creşterea c.v. cât şi a respectării demnităţii persoanei.

Figura XXIV

Intervenții pentru creşterea calității vieții, după Katschnig



Psihiatria comunitară are nevoie de instituțiile şi echipele sale proprii de intervenție ca : hosteluri, staționare de zi şi de noapte, centre de ergoterapie şi terapie ocupațională, centre de sănătate mentală, cluburi psiho-sociale, centre de inteervenție în criză. Se mai poate avea în vedere plasamentul familial remunerat, sprijinirea familiilor în care se află un suferind psihic, organizații nonguvernamentale – ONG, a pacienților şi familiilor lor etc. Echipele complexe care se ocupă de monitorizarea cazurilor cuprind : psihiatri, asistenți sociali, ergoterapeuți, psihologi, asistenți medeicali calificați, psihopedagogi, meloterapeuți, artterapeuți, recuperatori diverşi, voluntari. Un asemenea sistem de intervenție în comunitate se cere, la rândul său evaluat, în perspectiva structurii, costurilor şi eficienței sale. Ultima include şi satisfacția pacienților – sau a „consumatorilor serviciilor de sănătate mentală" – în raport cu satisfacerea nevoilor lor. În această direcție s-au dezvoltat de asemenea scale de evaluare între care poate fi menționat instrumentul. MRSS (Morningside Rehabilitation Status Scale), elaborat în 1984 de Afflek şi colab., şi care se referă la 4 dimensiuni: 1/independență/dependență; 2/activitate/inactivitate; 3/integrare socială/izolare; 4/efectul simptomelor prezente. Pentru fiecare dimensiune există o evaluare între 0 şi 7, iar evaluările se repetă, în timp. In ultimul timp se pune un accent tot mai mare asupra satisfacerii nevoilor persoanelor aflate în comunitate. În perspectiva problemei aduse în discuție, un instrument recent mai complex este Scala de evaluare a nevoilor (Camberwell CAM-F). Aceasta are în vedere 22 itemi, mulți dintre aceştia fiind comuni cu cei utilizați în evaluarea „disabilităților" şi a c.v.

Mai precis, itemii aduşi în discuție sunt : 1. Locuința; 2. Alimentația; 3. Întreținerea menajului; 4. Igiena personală; 5. Activitățile cotidiene; 6. Sănătatea fizică; 7. Simptome psihotice; 8. Informații asupra afecțiunii şi a

tratamentului; 9. Retragerea psihologică; 10. Securitatea personală; 11. Securitatea anturajului; 12. Alcool; 13. Droguri şi medicamente; 14. Relaţii scoiale; 15. Relaţii sentimintale; 16. Viaţa sexuală; 17. Îngrijirea copiilor; 18. Instrucţie; 19. Utilizarea telefonului; 20. Utilizarea transportului în comun; 21. Aspecte financiare; 22. Ajutor social.

Aspectul deosebit al acestei abordări constă şi în faptul că se urmăreşte rezolvarea nevoilor, a problemelor pe care subiectul le are în domeniul respectiv; şi faptul dacă primeşte un ajutor din partea unor instituţii organizte şi/sau un ajutor informal. De exemplu, la itemul 3. „Întreţinerea menajului" se ridică problema : Persoana are dificultati în a-şi întreţine menajul? problemele pot fi absente sau uşoare (se oferă exemple). Dacă are nevoie de ajutor se clarifică de la început dacă îl primeşte informal, de la cei apropiaţi (rude, amici) sau de la servicii de asistenţă socială şi dacă ajutorul primit e adecvat şi suficient; şi, cât de de mulţumit e pacientul de acest ajutor.

O astfel de evaluare e corelată psihopatologiei existente la o persoană; dar depăşeşte persoana evaluând nişa sa ecologică umană şi implicarea celorlalţi, a reţelei sociale şi a forurilor oficiale, medicale sau sociale în soarta omului suferind.

5.8. Diagnosticul centrat pe persoană

Psihopatologia clinică, aşa cum a fost ea conturată de la început prin cartea princeps a lui Jaspers „Psihopatologia generală" din 1913 se organizează având în vedere un respect nemărginit pentru persoana umană.

Revoluţia neokraepeliană pe care a marcat-o publicarea în 1980 a DSM-III, decontextualizează problematica psihopatologiei clinice, punând accentul pe cercetarea ştiinţifică a entităţilor maladive, cu refuzul explicit de

a se considera că ea se ocupă de un om care are o identitate biografică şi un context uman proxim, cultural. În ultimele trei decenii interesul pentru identitatea, unicitatea şi responsabilitatea față de sine a persoanei s-a reafirmat în mare măsură, mai ales prin interesul asupra doctrinei narative, a sine-ului, a intersubiectivității şi a autonomiei proiective a individului în cadrul învățării sociale. Acest fapt s-a răsfrânt şi asupra problemei diagnosticului psihopatologic. Însăşi sistemul OMS de diagnostic psihopatologic ICD-10 introduce, spre deosebire de DSM-III-IV, recomandarea de a se acorda atenție factorilor contextuali. În continuare, WPA a resuscitat interesul pentru persoană, mai ales prin programul IGDA (International Guidelines for Diagnostic Assessment) susținut de Mezzich (2003). Acesta reia liniile directoare ale diagnosticului pe axe de ICD-10 adăugând o axă pentru calitatea vieții şi insistând asupra particularizării ideografice.

În cadrul proiectului IGDA, J.Mezzich insistă că diagnosticul psihopatologic se cere în primul rând făcut „pentru persoană". Această subliniere diferă şi ea de obiectivele DSM-III-IV care stipulează că principalul obiectiv al manualului este să servească o bună practică realizată de profesionişti, problema de a servi persoanei în cauza fiind doar subînțeleasă. Noua mişcare, care se bazează în mare măsură pe sublinierea făcută de către Fulford privitor la importanța valorilor în diagnosticul medical şi psihiatric, are în vedere centrarea pe persoană a diagnosticului. Această valorizare a conceptului sintetic a persoanei are o importanță deosebită în medicina actuală, hiperspecializată şi hipertehnicizată, care a devenit foarte scumpă pentru o mare parte a oamenilor. Ideea directoare a centrării diagnosticului pe persoană articulează benefic psihiatria de alte ramuri ale medicinei, de neurologie, geriatrie, psihosomatică şi chiar de

chirurgie şi pediatrie. Odată invocată persoana, manifestările psihopatologice ce pot fi identificate se articulează de forţele restante ale acesteia, de biografie şi de context, de funcţionarea şi integrarea socială, de calitatea vieţii şi de destinul propriu a subiectului în lumea sa culturală specifică.

Noul slogan promovat de IGDA prin Mezzich, dezvoltă ideea în sensul că diagnosticul se cere făcut nu doar centrat pe persoană şi pentru persoană ci şi împreună cu persoana. Acest fapt subliniază ideea de parteneriat, atât în formularea diagnosticului cât şi în plan terapeutic, ideea de a transforma pacientul şi ambianţa sa proximă în co-terapeut, de a implica comunitatea în promovarea sănătăţii mintale, care devine astfel o cauză comunitară. În plus, accentul pe care această orientare îl pune pe destinul personal al suferindului psihic, pe nevoia ca el să-şi reorganizeze viaţa în condiţiile bolii dar păstrând şi cultivând demnitatea personală, satisfacţiile de viaţă şi sensul existenţial – toate fiind reunite în conceptual de "recovery" – dau o nouă dimensiune umanistă procesului de diagnostic şi evaluare psihopatologică.

Una din problemele ce rămân deschise în această nouă mişcare plină de umanitarism este complexitatea conceptului de persoană, care era deconcentrant deja pentru Jaspers. Totuşi, dacă se reţin perspectivele etico-juridice, cele ce se referă la demnitatea persoanei precum şi conotaţiile transcedentalo-transcendente ale conceptului, ideea de a invoca persoana în demersul diagnostic este un fapt important al psihopatologiei clinice actuale.

5.9. Expectanţele vremii actuale în problema diagnosticului psihopatologic

La sfârşitul primului deceniu al mileniului al treilea, suntem în plin proces de reelaborare a sistemelor DSM-III-IV şi ICD-10 F, care au marcat în mod esenţial psihopatologia clinică în ultimii 30 de ani. Direcţia în care se

vor opera unele schimbări e cunoscută. În principiu modificările nu vor fi mari astfel încât elementele de bază ale revoluției realizate în urmă cu 30 de ani prin DSM-III se păstrează : sistemul rămâne unul categorial care include un număr finit de entități nosologice circumscrise clar şi explicit prin criterii de includere şi excludere, după acelaşi sistem prototipic politetic. Diagnosticul rămâne unul pe Axe, care în DSM-V nu se modifică în principiu dar comportă totuşi schimbări. Axele rămân utile atât pentru a introduce aspecte dimensionale cât şi pentru colectarea altor determinări utile, atât în perspectiva etiopatogenetică, a precizărilor privitoare la teren, tipologie, şi la evoluția longitudinală. Marile şi fructuoasele dezvoltări doctrinare ale psihopatologiei clinice care s-au impus în cei 30 de ani au trecut de la apariția revoluționară a DSM-III, nu pot fi traduse complet într-un sistem diagnostic ce trebuie să se păstreze clar, uşor de abordat şi util intercomunicării. Ele însă se vor reflecta indirect. Astfel, se speră să pătrundă într-un fel perspectiva longitudinală a episoadelor succesive, extrem de importantă pentru conturarea comorbidității, a problematicii psihopatologiei developmentale şi pentru tema spectrelor psihopatologice. De asemenea, se aşteaptă posibilitatea de a se nota mai exact informații despre anomalii concomitente neurobiologice, neurocognitive, temperamentale, sau de altă natură, care să ajute la o înțelegere mai bine determinată a cazurilor. Evaluarea funcționării şi integrării sociale şi cea a istoriei de viață, sunt aspecte distincte de starea psihopatologică actuală dar importante pentru înțelegerea ei. Se aşteaptă să poată fi introduse în diagnostic şi unele elemente contextuale şi/sau relaționale, de ex. prin indicarea unor perturbări interpersonale constante la unele tulburări de personalitate sau la vârsta infanto-juvenilă.

Şi, în sfârşit, va fi imposibil ca viitoarele manuale de diagnostic, oricât de îndatorate vor rămâne principiilor DSM-III, să refuze referința la „persoană”. Desigur, un sistem standardizat şi redactat pentru statistică, învățământ, comunicare şi cercetare, nu va putea include la prim nivel perspectiva ideografică, a originalității şi specificului fiecărei persoane umane avute în vedere. Dar probabil că va avea înțelepciunea de a nu bloca drumurile în această direcție, pentru cei dispuşi şi care au posibilitatea să le parcurgă.

Partea III

Perspectiva doctrinelor psihopatologice

Capitolul 6

Psihopatologia în perspectiva developmentală şi a ciclurilor vieţii

6.1 Naşterea şi problematica actuală a psihopatologiei developmentale; 6.2. Nosologia psihiatrică în perspectivă developmentală şi a ciclurilor vieţii; 6.3. Familia în perspectiva psihopatologiei developmentale

6.1 Naşterea şi problematica actuală a psihopatologiei Developmentale. Ciclurile vieţii

În prezent psihopatologia developmentală se află în centrul preocupărilor specialiştilor. Această situaţie s-a realizat treptat la conjuncţia mai multor direcţii de preocupare.

Psihiatria – şi deci şi stările psihopatologice clinice – au fost observate şi studiate în secolul XIX şi XX în primul rând pe cazuri internate, în spitale. Nu existau clinici pentru copii. Chiar şi în acest context clinicienii au constatat particularităţi corelate vârstei. Unele boli precum demenţa erau caracteristice vârstelor înaintate. Când se constituie sistematica clinică clasică a psihiatriei prin Kraepelin, schizofrenia, este considerată ca o tulburare a vârstelor tinere. De altfel hebefrenia, descrisă de Haekel şi încorporată de Kraepelin în demenţa precoce, era o psihoză specifică tinereţii, numele fiindu-i dat de la Hebe, zeiţa tinereţii la greci. Psihoza

maniaco-depresivă, era considerată însă ca fiind caracteristică vârstei adulte iar paranoia şi parafrenia mai specifice adultului matur şi vârstei a treia. Kleist a descris chiar o paranoia de involuție pe când paranoia la copil nu era de imaginat. Vechea oligofrenie, idioția, era tradițional şi evident expresia nedezvoltării intelectuale şi deci detectabilă din copilărie. Din grupul mare şi la început puțin diferențiat al acesteia s-au desprins apoi subgrupe de intensități şi etiopatogenii variate. Între acestea, pe la mijlocul sec.XX a fost identificat autismul infantil Kanner. Apoi, o tulburare ca anorexia mentală s-a dovedit a fi net dominantă la fete în perioada pubertății.

În cadrul psihiatriei ca ramură a medicinei s-a diferențiat în cursul sec.XX psihiatria infantilă care şi-a descoperit nenumărate probleme şi teme specifice. La fel a apărut şi gerontopsihiatria. Dar, în afară de interesul pentru patologia psihiatrică a diverselor vârste, însăşi dezvoltarea psihologiei şi psihopatologiei au condus la actualul interes pentru aspectul său developmental.

La începuturile psihopatologiei doar Freud a făcut o trimitere indirectă la dezvoltarea ontogenetică. El a fost de la început preocupat de expereințele psihotraumatice ale copilăriei, care pot lăsa urme în dezvoltarea ontogenetică, distorsiuni ale structurii psihice care zac în inconştient şi care se actualizează cu ocazia unui episod psihopatologic. În cele din urmă întreaga psihanaliză a lui Freud e centrată pe invocarea stadiilor succesive de viață ale copilului în primii patru ani de viață. Relaționarea sa biopsihologică cu părinții în această perioadă, dinamizată de pulsiunile sinelui, în principiu de pulsiunea libidinală, conduce la etape succesive, care pot să nu fie depăşite armonios. Sechelele acestui proces zac în inconştient şi influențează comportamentul ulterior. În psihanaliză abordarea psihismului infantil nu e

făcută însă direct, observațional, ci e dedusă din interpretarea simptomelor în cursul curei psihanalitice.

Breşa realizată de Freud în direcția psihologiei şi psihopatologiei developmentale a crescut ulterior progresiv. Către mijlocul sec.XX, noile şcoli psihanalitice au acordat o importanță tot mai mare eului şi apoi sinelui ("self"), crescând importanța acestei instanțe psihice, ca centru reflexiv şi de inițiativă. S-a impus treptat o psihanaliză centrată pe „ego" care consideră că această instanță e o structură de la început independentă, cu o bază neurocerebrală proprie; şi nu doar o excrescență a sinelui. Intenționalitatea copilului a început să fie interpretată ca nefiind capturată doar de căutarea plăcerii ci de dorința de a întâlni un alter-eu, un "obiect" relațional formator şi securizant. Principalul "obiect", în primul an de viață cel puțin, este mama sau echivalentul său. S-a speculat chiar că nevoia de "obiect" funcționează încă din primul an de viață, faptul implicând şi semnificațiile valorice, bune sau rele ale obiectului. Psihologia eului a condus psihanaliza spre noi interpretări, cum ar fi mecanismele de apărare ale eului. Ea a permis şi dezvoltarea concepției developmentale, cel puțin în două direcții. (Fogany, 2006; Hauser, 1995).

Una a fost cea ocazionată de întâlnirea dintre psihanaliză, pediatrie şi cei ce se ocupau de psihologia dezvoltării copilului. Aceştia din urmă erau obişnuiți cu observația directă a sugarului şi copilului mic, cu notarea progreselor în manifestările de orice fel ale acestuia. Psihologii şi psihopatologii de orientare psihanalitică trebuiau să se adapteze faptului că, copilul nu poate fi supus unei cure analitice de asociații libere. Dezvoltarea sa psihică se cere studiată prin comportamentele şi expresiile sale directe, eventual prin semnificațiile simbolice ale acestora. Metoda hermeneutică a psihanalizei se cerea combinată cu o metodologie empiric observațională,

eventual experimentală. La acest nivel studiile psihanalitice s-au conjugat cu cele derivate din etologie.

Psihologia s-a dezvoltat, la fel ca şi psihopatologia, la cumpăna dintre sec.XIX şi XX, dar pe alte baze. Ea nu era inserată direct în problematica unei practici aşă cum psihopatologia era corelată medicinei psihiatrice. Tradiţiile psihologiei erau filosofice, ea derivând dintr-o ramură a acesteia numită pneumatologie. Ştiinţa psihologică s-a afirmat la început în paralel cu ştiinţele naturii, apropiată într-un fel de ceea ce era studiat în laboratoare, experimental şi observaţional. Aşa a debutat ea cu fizicalismul lui Fechner şi asociaţionalismul lui Wund. Această tendinţă s-a păstrat şi în sec.XX prin programele de cercetare lansate de behaviorism şi gestaltism. Experimentele făcute pe animale au fost tot timpul importante pentru psihologia ştiinţifică. Dar şi studiile experimentului pe om şi studierea experimentală a dezvoltării copilului. La mijlocul sec.XX s-au impus cercetările şcolii lui Piaget care descoperă şi descrie etape succesive de dezvoltare ale cogniţiei şi proceselor intelectuale, de la naştere până la adolescenţă. (Piaget, 1965; 1970). Fiecare etapă o precede pe următoarea şi îi este necesară. Operaţiile concrete le preced pe cele abstracte, rezolvarea comportamentală precede rezolvarea în plan mental-reprezentaţional, gândirea probabilistică e precedată de una concret determinstă. Iar întreg eşafodajul inteligenţei se integrează în structuri succesive şi ierarhice. Cercetările de psihologie developmentală ale lui Piaget s-au articulat rapid cu cele psihanalitice. De exemplu prin descrierea „depresiei anaclitice” de către Spitz.

Un eveniment ştiinţific important a fost dezvoltarea etologiei, focalizată pe studiul comportamentului animalelor în mediul lor natural. (Beniuc, 1970; Cociu, 1999). Reproducerea sexuală este esenţială la vertebrate iar ciclurile acesteia au fost în mod special studiate, inclusiv

achizițiile comportamentale ale puilor. Lorenz, (1967) subliniază importanța fenomenului de „impregnare”, („imprint” în engleză „prägung” în germană).În perioada imediat postnatală puiul este extrem de sensibil la informațiile ce le receptează. Funcții care au ajuns la maturare prin dezvoltarea creierului trec printr-o scurtă perioadă de sensibilitate crescută în care ele se cristalizează prin conjuncție cu stimulii receptați din ambianță se „impregnează” de aceştia; stimulii rămân pentru toată viața fundamentali pentru declanşarea funcției respective. Datorită faptului că puii cresc în mod natural în preajma părinților, ei se „impregnează” cu modele comportamentale ale acestora. Fenomenul este prezent în mod similar şi la copiii umani cu diferența că perioada de „imaturitate” postnatală e extrem de lungă, astfel încât maturarea cerebrală şi apariția unor perioade sensibile de cristalizare a unor funcții se prelungeşte mult, în ambianța maternajului.

Funcțiile psihice adaptative înnăscute au deci nevoie de o impregnare printr-o „experiență cheie”. Experiențele făcute pe urangutani, mai ales de şcoala lui McKiney, au arătat că felul în care se desfăşoară maternajul poate influența comportamentul tardiv. Dacă puiul e alăptat artificial, sugând de pe un „model” matern din sârmă, chiar îmblănit, în perioada vieții de adult el are tulburări de comportament.

În perspectiva etologiei relațiile formative dintre mamă şi copil au ajuns să fie privite cu alți ochi. Copilul, de la naştere, caută contactul cu mama şi îl provoacă. Mama e modificată bio-psihologic prin naşterea unui copil, prezintă interes şi preocupare specială în raport cu el. Zâmbetul copilului declanşează zâmbetul mamei şi invers. Foarte recent după naştere, copilul recunoaşte figura umană, chiar într-un desen, şi după voce. La naştere copilul e în mod deosebit dotat pentru a recepta informațiile semnificative de la mamă. Toate aceste aspecte conduc la un proces în

spirală, autoîntreținută, care se amplifică prin maturarea creierului copilului şi prin comportamentul de maternaj.

Psihanaliştii pediatri, mai ales cei din şcoala britanică din a a doua jumătate a sec.XX, au ținut cont de toate aceste date, Astfel Winicott (1958*)* a demonstrat importanța comportamentelor de maternaj din primele luni, faptul că, copilul are nevoie să fie ținut în brațe, la piept, legănat, să i se vorbească, să i se cânte. Tot el a dezvoltat tema „obiectelor tranziționale". Piaget arătase cum se dezvoltă progresiv funcțiile semiotice şi de la un punct capacitățile reprezentaționale ale copilului, capacitatea sa de a imita persoane neprezente începând după vârsta de 1 an şi 8 luni. Psihanaliza clasică a vorbit în această perioadă despre reprezentările fantasmatice ale copilului. Winicott (1953) subliniază faptul că obiecte şi situații reale cum sunt păpuşile, jucăriile, scenele, poveştile, au pentru copil o semnificație secundă, reprezentațional simbolică, trimit spre o altă ralitate. Iar acest fapt se menține şi se dezvoltă toată viața.

În acest context al studierii observaționale a sugarului şi copilului mic de către pediatrii familiarizați cu psihanaliza, care pune accent pe dezvoltarea eului şi sinelui şi ține seama de posibilitățile aplicării cunoştințelor relevate de etologie la copil, Bowlby a dezvoltat în jurul anilor 80 teoria ataşamentului. *(*Bowlby, 1980; 1982*)*. Conform datelor care susțin această teorie, după vârsta de 8 luni copilul reacționează în mod special, cu un comportament ce indică disconfort sau teamă, dacă mama dispare din fața sa. El o aşteaptă, ştiind că ea este altundeva. Şi la fel, el reacționează anxios dacă apare o persoană străină. Faptul poate fi constatat experimental (Ainsworth 1978, Stan, 1999). Figura umană capătă o consistență temporară şi o semnificație constantă pentru copil. Mama există pentru el cu valențe protective, chiar şi atunci când nu e de față. Ea este o persoană de care el e

ataşat, este o „figură de ataşament” constantă, prezentă în forul său mnestic şi reprezentațional. Această relație de atşament se dezvoltă şi se consolidează până la 3 ani. Mama, sau figura semnificativă de ataşament, are în primul rând o valoare protectivă, de siguranță. Prezența ei efectivă sau resimțită reprezentațional, permite copilului să fie sigur, încrezător în sine, investigator, activ. Dar, ataşamentul poate fi şi fuzional, caz în care copilul nu poate întreprinde nimic decât în prezența apropiată a mamei de care este excesiv de ataşat. Sau, poate fi ambivalent, deoarece mama este şi sursă de puniție, nu doar de satisfacție. În sfârşit, ataşamentul poate fi indiferent față de o mamă rece afectiv şi neimplicată. Felul în care se realizează relația de ataşament are importanță în dezvoltarea în continuare a copilului. Pe modelul acestei relații, se realizează relația şi cu alte persoane apropiate, din familie sau care joacă un rol important pentru copil. Un aspect important al teoriei ataşamentului constă în ceea ce Bowlby a numit „internal working model”. Acesta se referă la prezența mnestic reprezentațională a imagoului matern şi a imagourilor altor persoane semnificative, în interiorul psihismului copilului. El se relaționează în primă instanță față de astfel de „alte persoane apropiate”, care sunt reprezentate în interioritatea sa. Şi, prin filtrul acestui model de relaționare, se raportează apoi efectiv la persoanele reale. (Carlson, 1995).

Teoria ataşamentului a deschis calea unei înțelegeri transgeneraționale a ontogenezei şi manifestărilor psihice, normale şi anormale. O fetiță care se dezvoltă după un model de ataşament fuzional, rece, dezorganizat, când devine mamă dezvoltă şi ea acest model de relaționare cu copilul care se va „impregna” de un mod de ataşament distorsionat, pe care-l va transmite la rândul său. În plus s-a studiat – faptul care intuitiv era evident – că, apariția relației de ataşament la sugar şi copilul mic se realizează în contextul unei

dispoziţii de ataşament reactivat la mamă şi în general la părinţi. În ultimul timp se studiază dezvoltarea „ataşamentului prenatal”. Copilul, de când e dorit şi conceput este obiectul unui interes şi ataşament crescut din partea părinţilor, care creşte progresiv până la naştere şi după aceea. Acest fapt explică şi „doliul prenatal” al mamelor în caz de avort.

Prin teoria ataşamentului psihologia eului a câştigat o nouă perspectivă şi psihanaliza clasică a avut o dovadă experimentală a doctrinei “introjecţiei” imagourilor parentale. Aceasta deoarece teoria ataşamentului se bazează pe date empirice, observaţionale şi experimentale.

În aceeaşi direcţie, în ultimele două decenii s-a evidenţiat apariţia ontogenetică în jur de 3 ani a unei funcţii psihologice speciale, a „mentalizării”, care a mai fost denumită „Theory of Mind” (ToM) – „teoria minţii” (Allan, 2008). Se constată experimental că după 3 ani copilul intuieşte direct intenţionalitatea unei personae pe care o percepe în situaţie : de ce e interesant?, ce intenţionează să facă?, ce crede despre situaţia dată?. Deci, copilul îşi reprezintă corect ceea ce este în mintea celuilalt, adult sau copil, şi pe care o percepe ca diferită de mintea sa (Baron-Cohen, 2005, 1997). Acest fapt presupune o capacitate crescândă de reprezentare a funcţionării minţii altor oameni, care desigur e similară cu cea a cunoaşterii propriilor intenţionalităţi, cu funcţionarea propriei minţi. Pe această bază e posibilă ulterior cooperarea cu alţii, în diverse activităţi. Prin cogniţia ce o ocazionează ToM copilul îşi dă seama şi dacă celălalt se înşeală asupra situaţiei. Fenomenul permite o bună adaptare socială prin coordonarea propriilor strategii de acţiune cu preocupările şi intenţiile celor din preajmă, a celor apropiaţi. Faptul e important pentru adaptarea socială şi pentru desfăşurarea relaţiilor interpersonale. El stă şi la baza sesizării intenţiilor şi aprecierilor altora în raport cu sine şi a sentimentului propriei autonomii.

Fenomenul ToM este un indicator al organizării unei importante structuri psihice, cea a „sinelui nuclear”. Perturbarea acestei structuri se întâlneşte în autismul infantil şi în schizofrenie.

În primul an de viață se dezvoltă privirea țintită, apoi privirea conjugată a copilului în raport cu privirea unei persoane prezente care urmăreşte ceva din ambianță (Mundt, 2006). Urmează dezvoltarea ataşamentului şi ulterior capacitatea pe care o relevă teoria ToM. Suntem în prezența unei succesiuni developmentale, la fel cum şi psihanaliza postula dezvoltarea etapelor de fixare libidinală şi cum Piaget descria etapele succesive ale instituirii inteligenței. Diferența e că nu se iau în considerare doar experiențele directe ontogenetice ale copilului ci şi baza cerebrală care, maturându-se, aduce în fața experienței acestuia modalități specifice de reacție, trăire, raportare, comportament, astfel încât se ajunge la structurarea unor „moduli psihici adaptativi”. De fapt, copilul în dezvoltare chiar caută să provoace experiențele cheie care favorizează organizarea acestora, ulterior exersând comportamentele respective. Moduli psihici antropologici adaptativi odată realizați devin baza pentru alte structurări psihice suprajacente, care pot fi înțelese dintr-o perspectivă mai mult sau mai puțin modulară. Oricum intră în joc învățarea, atât cea ocazionată şi direcționată de adulți cât şi cea care rezultă din experiențele curente. Copilul câştigă treptat tot mai multe abilități şi competențe care-i permit o afirmare autonomă şi performantă în contextul interrelaționărilor, a vieții sociale, a pretențiilor pragmatice şi competionale a lumii în care trăieşte si în care se inseră prin rezolvarea de situații problematice.

Psihanaliza clasică a lui Freud a urmărit, în primul rând, succesiunea dezvoltării psihice a copilului până la 3-5 ani. Tot din perspectiva psihanaliticii, Erikson (1986) a sugerat o etapizare a vârstelor, caracterizată

prin anumite particularități psihologice dominante. În esență, Erikson distinge 8 etape care pot fi schematizate astfel :

Tabel XXV

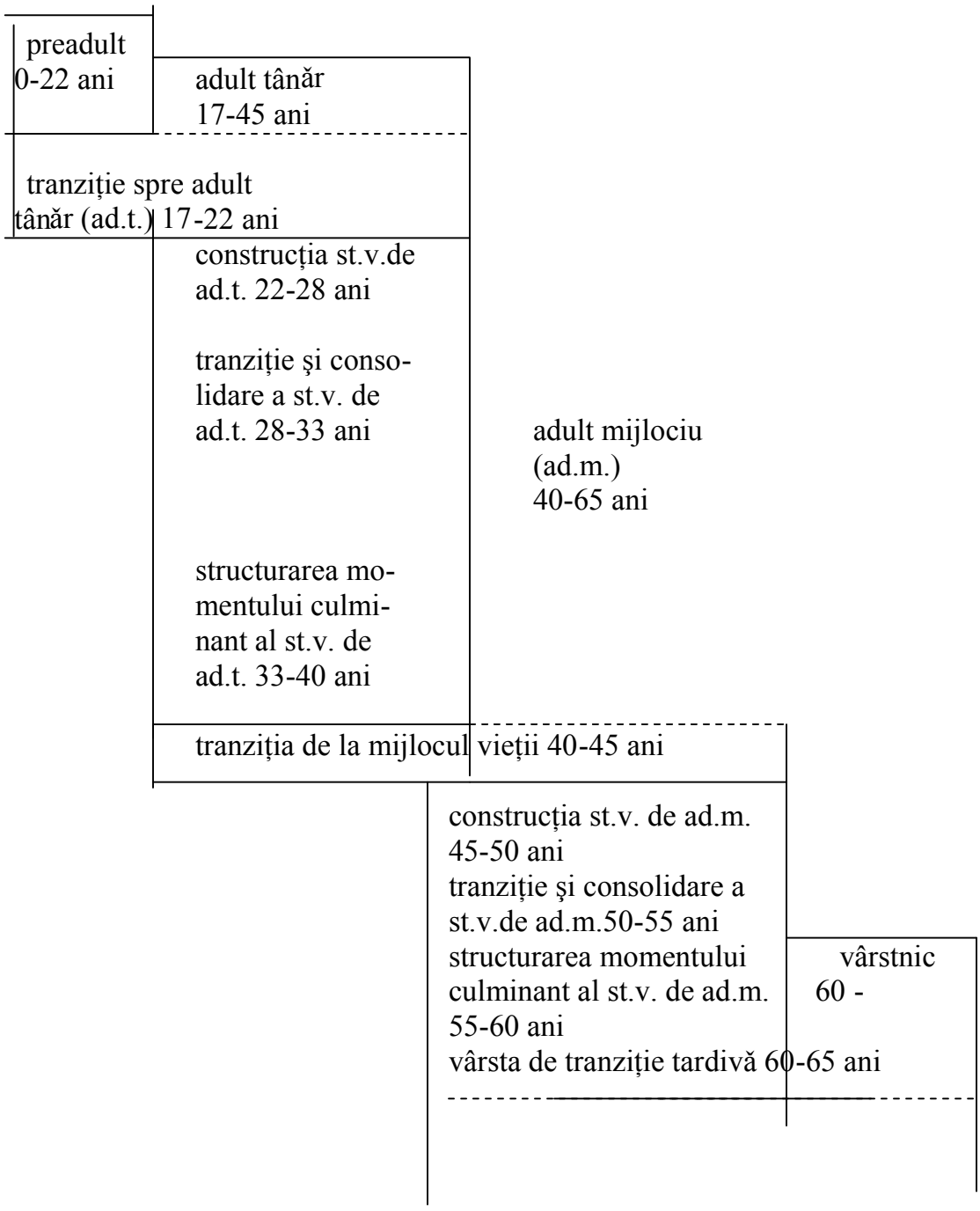
Etapele ciclurilor vieții după Erikson (după Newton, 2000)

Etapa psihosocială	Sentimentul pozitiv asociat	Forme de psihopatologie corelate	Predictori pozitivi şi negativi ai formării identității	Aspecte de lungă durată ale formării identității
1	2	3	4	5
Incredere vs.neîncredere (naştere)	Speranță	Psihoze Dependențe (de droguri) Depresie	Recunoaştere reciprocă vs. izolare autistă	Perspectiva temporală vs. confuzia temporală
Autonomie vs. ruşine şi îndoială (-18 luni-)	Voință	Paranoia Obsesii Compulsii Impulsivitate	Voința de a fi „el însuşi” vs. lipa de încredere în sine însuşi	Siguranță de sine vs. conştiința de sine
Inițiativă vs. vinovăție (-3 ani-)	Scop	Tulburări conversive Fobii Tulburări psihosomatice Inhibiție	Anticipare de rol vs. inhibiție de rol	Experimentareaa rolului vs. fixarea rolului
Intreprinzător vs. inferioritate resimțită (-5 ani)	Competență	Înhibiție a puterii creatoare Inerție	Identificarea sarcinilor vs. sentimentul utilității	Instruirea profesională („ucenicia”) vs. „încremenirea” în muncă
Identitate vs. confuzie de rol (-13 ani)	Fidelitate	Comportament delincvent Tulburări de identitate cu genul		Identitate vs. confuzia identității
Intimanță vs. izolare(-20 ani)	Dragoste	Tulburarea de personalitate schizoidă Distanțare		Polarizarea sexuală vs. confuzia bisexuală
Generalizare vs. stagnare (-40 ani)	Grija pentru ceilalți	Criza „perioadei de mijloc” Invalid prermatur		Capacitatea de a colnduce şi a urma conducătorii vs.renunțarea la responsablități
Integritate vs. disperare (-60 an)	Ințelepciunea	Alienare extremă Disperare		Aderarea ideologică vs. confuzia valorilor

Pe de altă parte, a crescut interesul pentru ciclurile vârstei adulte. Echipa lui Levinson (1978) a imaginat, pe baza unor studii factologice, o derulare a ciclurilor vieții până la vârsta a treia, într-o manieră schematică, dar sugestivă.

Figura XXVI

Marile perioade ale ciclurilor vieții la adult; structuri ale vieții (st.v.) ce se succed (după Levinson, 1978)



Pentru a comenta perioadele developmentale ale ciclurilor întregii vieți, Levinson introduce noțiunea de „structură a vieții invidiuale" (The Individual Life Structure), prin care înțelege, în mare „angajarea individului în societate". Analitic, sunt diferențiate 3 perspective :

a) Lumea socio-culturală a individului, în care acesta trăieşte efectiv. Aceasta presupune variate contexte sociale : clasa, religia, etnicitatea, familia, sistemul politic, structura ocupațională şi instituțională etc., în măsura în care acestea au relevanța şi semnificație pentru el.

b) Anumite aspecte ale propriului sine (self) care sunt implicate în lumea dată. Acesta include un complex de dorințe, conflicte, anxietăți şi căi de a controla şi rezolva aceste aspecte; şi, de asemenea, include propriile fantezii, valori morale, idealuri, valențe, abilități, trăsături de caracter, modalitatea de a simți, gânduri şi acțiuni. Sinele - „Selful" - este un element intrinsec al structurii vieții individuale şi nu o entitate separată.

c) Participarea individului la lume. Subiectul se implică în lumea ce i se oferă, se angajează în roluri de cetățean, muncitor, şef, prieten, soț, frate, membru al diverselor grupuri. Participarea presupune tranzacția între sine şi lume, care este corelată cu anumite semnificații şi trăiri.

Levinson consideră că structura vieții individuale se cere înțeleasă în contextul biografiei persoanei, care parcurge lungi perioade, multiplu determinate, între care evenimentele şi schimbările majore ale vieții sunt deosebit de importante. Dar, deasupra – şi la baza – acestora stau marile cicluri ale vieții, care sunt condiționate în esență prin caracteristicile de vârstă. Există deci, şi în perioada postadolescentină, perioade de tranziție şi perioade relativ stabile. În cele de tranziție, importantă este opțiunea fundamentală a persoanei, care poate fi uneori precipitată de evenimente exterioare. La mijlocul vieții, între 40-45 ani, ne aflăm într-o perioadă

optimă pentru realizarea procesului de individuație, în sensul lui Jung, prin care subiectul devine tot mai adânc „el însuşi", încorporând şi afirmând, după o formulă proprie, arhetipurile „inconştientului colectiv". În sfârşit, una din tezele teoretice ale lui Levinson – care-l apropie de fenomenologie – este şi următoarea aserțiune: „Sinele (selful) este în lume şi lumea în sine". Dacă persoana conştientă cu sinele său reflexiv este o parte componentă naturală şi obiectivă a existenței lumii umane, în aceeaşi măsură, lumea există în interioritatea subiectiv conştientă a sinelui : „Sinele este parte intrinsecă a lumii exterioare...Şi lumea exterioară este o parte intrinsecă a sinelui". Sau, în formularea lui Arthur Miller : „Societatea este în interiorul persoanei şi omul este în interiorul societății". Bineînțeles că această „societate", care este în interiorul „persoanei", implică şi cuprinde toate imagourile introjectate ale altora, în relaționările lor reciproce ierarhice şi raportarea lor structurată față de sine. Proiectul ambițios a lui Levinson este însă greu de urmărit riguros prin studii factologice. In plus, în ultimele decenii a câştigat teren perspectiva „situaționalismului", în sensul că existența persoanei depinde şi se corelează mult cu conjuncturile în care viața sa se desfăşoară. De aceea studii sistematice în această direcție în ultima vreme sunt puține. Rămâne însă un interes important pentru menținerea identității cu sine a persoanei de-a lungul ciclurilor vieții, implicând şi vârsta a treia.

În apariția şi dezvoltarea psihopatologiei developmentale p.pt.d. a mai jucat un rol progresele ştiințifice din a doua jumătatea sec.XX, mai ales în ceea ce priveşte genetica, neuroştiințele şi teoria sistemelor, cognitivismul şi atitudinea neopozitivistă. Şi la fel, atmosfera socio-politică democratică cu respect pentru sinele şi demnitatea persoanei.

*

* *

Psihopatologia developmentală are o metodologie şi o doctrină aparte. Ea stipulează că toate tulburărule psihice se regăsesc într-o formă sau alta la vârsta infanto-juvenilă, uneori în variante atipice sau subliminare. Acest aspect este însă unul trivial, el ar ține în primul rând de pedopsihiatrie. Aspecte mai particulare sunt cele ale dinamicii între normal şi anormal de-a lungul timpului, perspectiva formelor intermediare, cea a vulnerabilității şi nonvulnerabilității, a rezilienței, a plurifactorialității, a factorilor nocivi şi protectori, a sistemelor microsociale ce constituie nişa ecologică umană a copilului, a echifinalității în realizarea unui tablou psihopatologic cu punct de plecare în diverse sindroame. Psihopatologia developmentală este o disciplină sincretică şi sintetică ce acceptă toate perspectivele de studiu şi nu e limitativă doctrinar. Ea ține cont de genetică şi de dezvoltarea somatică a copilului şi tânărului, de studierea maturării şi funcționării creierului la diverse vârste, de câştigarea progresivă a competențelor, de influențele educative ale familiei şi şcolii precum şi de cele informale, ce vin din partea relativilor. Psihopatologia developmentală nu se limitează la ontogeneză ci se răsfrânge asupra întregii biografii, are în vedere ciclurile vieții, microgrupul familial, rețelele sociale, influențele instituționale şi culturale.

Proiectul psihopatologiei developmentale s-a dezvoltat în perioada anilor 70, când era în lucru şi proiectul DSM-III. După 1980 ea se dezvoltă ca o direcție de integrare a cunoaşterii în psihologie şi psihopatologie rezultată din diverse programe, dar care toate au în vedere observații empirice testabile. Perspectiva pozitivistă şi structuralistă este dominantă. Dar pot fi integrate şi cercetări ce vin dinspre psihanaliză sau chiar fenomenologie. Fiind astfel concepută, psihopatologia developmentală are nevoie de un centru de colectare şi sinteză a cercetărilor şi de monografii. O primă monografie a fost publicată în 1982 sub coordonarea lui Rutter (1982)

cu titlul de „Psihiatrie developmentală”. O altă sinteză importantă e tratatul coordonat de Cicchetti şi Cohen apărută in 1995 şi reeditat în 2006.

În aceşti peste 25 ani de la apariţia cărţii editate de Rutter, problematica domeniului s-a dezvoltat amplu. Tabla de materii a monografiei din 1982, care are 385 pg., este următoarea :

Secţiunea I. Influenţe asupra dezvoltării : 1. Introducere; 2. Genetica şi dezvoltarea mintală; 3. Maturarea sistemului nervos central; 4. Anomalii congenitale, constituţia corporală şi aspectul corporal; 5. Influenţe familiale; 6. Influenţe şcolare; 7. Influenţe comunitare şi culturale; 8. Diferenţe psihologice care ţin de sex; 9. Diferenţe individuale în temperament; 10. Învăţarea.

Secţiunea II. Funcţionarea corporală : 11. Alimentarea şi somnul; 12. Dezvoltarea controlului sfincterian; 13. Dezvoltarea motorie şi disabilitatea motorie; 14. Lateralizarea; 15. Reactivitatea sistemului nervos autonom.

Secţiunea III. Cogniţie : 16. Percepţia; 17. Dezvoltarea atenţiei; 18. Limbajul; 19. Abilităţile de citit şi pronunţarea; 20. Dezvoltarea cognitivă; 21. Inteligenţa.

Secţiunea IV: Dezvoltarea emoţională şi socială : 21. Ataşamentul şi dezvoltarea relaţiilor sociale; 22. Relaţiile familiale şi cu alte persoane : două lumi sociale; 23. Jocul; 24. Dezvoltarea emoţională; 25. Dezvoltarea psihosexuală; 26. Dezvoltarea morală; 27. Dezvoltarea agresivităţii.

Secţiunea V : Teorii şi abordări : 28. Tendinţe şi probleme în perspective.

Ediţia a II-a a Tratatului editat de D.Cicchetti şi D.J.Cohen în 2006 are 3 volume şi aproape 3000 de pagini. Primul volum se ocupă de teorii şi metode, cel de al doilea de neuroştiinţele developmentale iar volumul al treilea de risc, tulburări şi adaptare. Comentarea directă a cadrelor

nosologice cuprinde mai puțin de un sfert din lucrare, toate fiind prezentate în perspectivă developmentală.

La conjuncția dintre ştiințele neuro-biologice şi cele socio-culturale, în cadrul unui înțeles larg al „ştiințelor antropologice", psihopatologia developmentală studiază apariția şi dezvoltarea diverselor funcții centrate de eu (sine, persoană). Această cercetare este întreprinsă pornindu-se de la aspectul normal al dezvoltării, cu sesizarea tuturor variantelor şi distorsiunilor ce pot apărea, de la cele minore până la cele mai grave. Strânsa interferență între dezvoltarea normală a psihismului, cea marginală normalității, stările critice, cele psihopatologice şi apoi frecventa revenire la un nou echilibru, sugerează să se vorbească mai bine de un concept comun : „psihologie şi psihopatologie developmentală" (p.pt.d.), expresie ce o vom folosi în continuare. Ansamblul acestor studii are, aşa cum s-a precizat, o orientare pozitivistă. Ceea ce presupune o observare, descriere şi evaluare cât mai exactă, care să permită evaluarea comparativă dintre diverse loturi de studiu făcută de diverşi cercetători. Funcțiile psihice pot fi împărțite în clase, cum ar fi, în conformitate cu variantele tradiționale : cele instinctive, emoțional-afective, cognitive, de relaționare socială, de judecare morală. Orice prezentare analitică se face pornindu-se de la premiza că funcțiile psihice sunt interconectate, se condiționează şi se influențează reciproc. De exemplu dezvoltarea cognitivă, în ansamblu, se bazează pe atenție şi memorie, interferează strâns cu dezvoltarea limbajului şi ulterior, a cititului. Pe de altă parte, acestea sunt dependente de capacitatea mai globală a funcționării psihice denumită inteligență; pe care însă, din altă perspectivă, o şi actualizează. Diverse studii au arătat o corelare între dezvoltarea cognitivă a inteligenței şi dezvoltarea afectivă şi interpersonal socială.

Gravitând în jurul marilor doctrine psihopatologice, p.pt.d. a acceptat tot timpul perspectiva organizațională asupra dezvoltării, (Cichetti 2006). Aceasta are în vedere progresia şi reorganizarea calitativă a sistemelor : biologic, emoțional, cognitiv, reprezentativ, lingvistic, comportamental, în direcția unei diferențieri progresive şi a unei integrări ierarhice. Dezvoltarea individuală progresează de la o stare de organizare relativ difuză şi nediferențiată spre o crescută articulare şi complexitate, prin diferențierea şi consolidarea sistemelor separate, dublată de un proces de interconexiune integrativă. Inițial, sistemele separate sunt nediferențiate. În cursul dezvoltării, ele devin tot mai distincte, mai diferențiate, ceea ce duce la un nivel crescut de complexitate al organizării ansamblului. La fiecare moment al reorganizării, structurile prealabil dezvoltate sunt încorporate în cele următoare, în sensul unei integrări ierarhice.

Pot fi considerate ca aspecte caracteristice pentru p.pt.d. următoarele : -Perspectiva interdisciplinară; - Studierea concomitentă şi în paralel a dezvoltării normale şi a celei deviant-patologică a psihismului, inclusiv zonele de tradiție dintre acestea; - Studii orientate pozitivist privitor la aspecte precise ale persoanei, dezvoltate longitudinal şi corelate între ele (obiectivul limită îl reprezintă studierea dezvoltării şi metamorfozelor pe întreaga durată a vieții, deci articularea cu problematica ciclurilor vieții de la vârsta adultă); - Perspectiva transgenerațională a particularităților dezvoltării normale şi anormale; - Înțelegerea dezvoltării din perspectivă ecologică, a interrelațiilor şi influențelor reciproce dintre individ şi micro-grupurile umane cu care aceasta interacționează direct în cadrul unei socio-culturi; - Studierea concomitentă a factorilor stresanți şi a celor protectivi; - Studierea continuității şi discontinuității dintre tulburările şi devianțele prezente la o anumită vârstă şi la vârste ulterioare, inclusiv la cea adultă; - Cercetarea

”elasticității” („rezilienței”) psihismului, în sensul că anumite persoane reuşesc o bună dezvoltare, chiar dacă trăiesc timp îndelungat în condiții nefavorabile; - Ajungerea la un rezultat comun psihopatologic la vârsta adultă, pe diverse căi ale devierii în cursul copilăriei; - Problemele care le ridică perioadele critice ale dezvoltării; - Studierea perioadelor de risc crescut pentru psihopatologie; - Constituirea unor indivizi cu risc constant pentru tulburări psihice şi evoluția acestora în cursul dezvoltării; - Studierea situațiilor developmentale în care copilul sau tânărul se află într-o fază intermediară între normalitate şi anormalitate; - Influențele negative asupra dezvoltării diverselor funcții a unei deficiențe sectoriale, prin cumulări intermitente, ajungându-se la vulnerabilizări sau perturbări de ansamblu; - Compensarea developmentală a unor deficiențe prin evoluția spontană sau prin intervenții țintite în anumite perioade de viață.

P.pt.d. are o importanță cu totul deosebită în perspectiva promovării sănătății mintale. Studiile pe care ea le intreprinde aduc argumente asupra factorilor de vulnerabilizare, asupra patologiei subclinice şi prodromale ce poate uneori progresa spre stări clinice, asupra factorilor protectivi şi rezilienți, asupra evoluției pe termen lung a unor manifestări episodice şi a drumului de viață a oamenilor cu tulburări psihice.

Actuala p.pt.d. are un impact deosebit asupra psihopatologiei clinice tradiționale şi împreună cu psihopatologia evoluționistă, cognitivistă şi fenomenologică, solicită în prezent o regândire a acesteia.

6.2. Nosologia psihiatrică în perspectivă developmentală şi a ciclurilor vieții

Psihopatologia developmentală are în vedere clasica nosologie psihiatrică care, în cadrul modului ei complex de abordare nu s-a modificat în esență dar s-a nuanțat. Se studiază tot mai cu atenție vulnerabilitățile,

manifestările precoce şi consecinţele tardive ale unor tulburări, apropierile dintre diverse cadre nosologice clasice aşa cum rezultă nu doar din simptomatologice ci şi din comorbiditatea longitudinală şi patologia familială. P.pt.d. sugerează că marile sindroame clinice exprimă nedezvoltarea sau manifestarea deviantă a unor structuri funcţionale normale, a unor „moduli" psihici adaptativi, care în parte sunt programaţi genetic în parte se dezvoltă în mod firesc în cursul ontogenezei asigurând funcţionarea psihică normală a adultului.

Psihopatologia developmentală are în vedere în primul rând entităţile de care s-a ocupat întotdeauna şi pedopsihiatria; şi care se referă la acele tulburări care apar sau pot fi diagnosticate la vârsta infanto-juvenilă. În mod clasic aici se plasează deficienţa mentală de diverse grade şi etiologii, însoţită sau nu de encefalopatie evidentă. Deficienţa mentală nu este o boală psihică propriu zisă ci o oprire în dezvoltarea mentală, predominent în aria operaţionalităţii funcţiilor intelectuale. O altă tulburare deja clasică a pedopsihiatriei este autismul infantil Kanner care este clar diagnosticabil la 3 ani; dar indici semnificativi pot fi detectaţi în primul an de viaţă. În forma sa tipică simptomatologia afectează calitatea interacţiunilor sociale, a comunicării lingvistice şi nonlingvistice iar interesele şi comportamentele copilului sunt repetitive, stereotipe, reduse. Este vorba tot de o nedezvoltare psihică armonioasă, de o tulburare „pervasivă" care afectează în primul rând comunicarea interpersonal socială, percepţia de sine şi percepţia celuilalt. În marginea acestei tulburări s-a dezvoltat conceptul de „spectru autist" care cuprinde şi sindroamele Asperger, Haller, Rett precum şi „autismul atipic" si autismul cu înaltă inteligenţă şi adaptare. În acest caz se ridică problema nedezvoltării unor „moduli" psiho-cerebrali, moduli antropologici adaptativi ai sinelui, cum ar fi cel care susţine „coerenţa centrală" a psihismului, şi cel

ce stă la baza mentalizării, a ToM. E vorba de structura funcțională a „sinelui nuclear" („self") în corelația sa comprehensivă cu sinele altor persoane.

Tulburarea atențională şi comportamentală denumită mai demult instabilitate psihomotorie, în prezent ADHD devine evidentă la 3-4 ani şi în esență constă dintr-un deficit de atenție, hiperactivitate şi impulsivitate. Acestea au drept consecințe dificultăți de integrare socială şi de achiziționare a competențelor şcolare. Pentru diagnostic se pot folosi liste de simptome, cum ar fi pentru deficitul de atenție : copilul nu e atent la detalii, la activitățile curente (teme, joc), pare să nu audă ceea ce i se spune, nu poate urmări explicațiile, nu finalizează activitățile (la şcoală, acasă), începe mai multe lucruri deodată, nu îşi poate organiza activitatea, pierde uşor, e uituc, e distras cu uşurință de stimuli exteriori. La fel se poate proceda pentru hiperactivitate şi impulsivitate. Tulburarea A.D.H.D. e tot mai frecvent diagnosticată în ultimul timp, inclusiv la adult, ridicând multiple probleme cum ar fi : - care este baza de disfuncție cerebrală care o susține? – în ce măsură reprezintă ea devierea unui modul psihologic adaptativ şi anume acela de investigare activă a ambianței, care în mod firesc e deosebit de activ în copilărie? – în ce relație se află cu alte tulburări ale psihopatologiei ca: anxietatea, hipomania, tulburările de conduită agresive. Această ultimă problemă se corelează cu o importantă polarizare nosologică ce s-a făcut în pedopsihiatrie între tulburările „externalizate" – care pe lângă A.D.H.D. mai cuprind tulburări ale conduitei, addicția la substanțe psihoactive, şi tulburările „internalizate" care se exprimă mai puțin comportamental, aşa cum e depresia, anxietatea, patologia obsesivă, unele tulburări de somn sau corelate alimentării. Această polarizare este în ultimul timp adoptată şi de unele cercetări din domeniul psihopatologiei adultului.

Ultimii ani au atras atenția asupra faptului că tulburările dispoziției sunt şi ele frecvente la vârsta infanto-juvenilă dar au modalități de exprimare puțin diferite. Ele se manifestă acum predominant prin tulburări de comportament, iritabilitate, scăderea randamentului şcolar, tulburări de somn şi alimentare. Copilul nu îşi exprimă verbal depresia destul de explicit dar se retrage din grup, uneori vagabondează, slăbeşte, obține calificative slabe la şcoală. Episoadele maniacale sau hipomaniacale se exprimă şi ele prin simptome ca: nelinişte psihomotorie, atenție instabilă, agresivitate, tulburări de comportament, nevoie redusă de somn, creşterea debitului vorbirii. Depistarea tulburărilor dispoziționale la vârsta infanto-juvenilă e importantă, chiar dacă sunt forme subclinice, pentru monitorizarea cazurilor, în vederea prevenției unor episoade majore la vârsta adultă. Precum şi pentru înțelegerea amplorii spectrului tulburărilor afective.

O atenție specială merită abordarea developmentală a tulburărilor anxios-fobice şi obsesiv-compulsive. Criteriile pentru diagnosticarea acestora sunt prezentate în DSM-IV-TR şi ICD-10 unde ele sunt grupate alăturat. P.pt.d. introduce o perspectivă de abordare care pune accentul pe : - Înțelegerea manifestărilor precoce a sindroamelor din acest spectru psihopatologic, ca: Particularități ce țin de vârsta şi de manifestările fireşti şi comprehensibile; - Înțelegerea condițiilor care țin de complexitatea psihismului la diverse vârste şi de situațiile psihologice specifice etapelor developmentale; - Înțelegerea dinamicii longitudinal developmentale a acestei patologii; - Înțelegerea unor perioade speciale ale ciclurilor vieții care pot activa predispozițiile anxios-obsesive.

Anxietatea şi fobia sunt fenomene normale şi adaptative, atât la animale cât şi la om. Ele au particularități normale de manifestare şi în perspectivă developmentală şi situațională. Anxietatea de separare şi de

contact cu persoane necunoscute este marca definitorie a începerii formării relației de atașament normale. Anormale ar fi lipsa acestor reacții la vârsta și în împrejurările definite developmental. Dar și o manifestare excesivă a anxietății de separare și de contact în perioada 1-3 ani poate fi un indicativ de psihopatologie. Acest model de reacție normal și adaptativ poate apoi persista și ulterior, la vârsta și în împrejurări în care nu mai e adecvat. Copilul cu o relație de atașament fuzională, care nu se poate despărți nici un moment de mamă la 3-6 ani (care rămâne lipit de „fustele" mamei) este un caz anormal care semnalează o vulnerabilitate psihopatologică. Wackefield are dreptate atunci când consideră că aplicarea mecanică a criteriilor DSM-IV-TR pentru diagnosticul de „anxietate de separare" poate conduce la multe diagnostice fals pozitive. Dar, dacă fenomenul e cunoscut și judecarea diagnostică nu e mecanică ea poate sta la baza înțelegerii unor fenomene psihopatologice ulterioare. De exemplu, pentru ceea ce a fost descris și calificat la 6-7 ani ca fobie școlară. Aceasta poate fi pluricondiționată, în perspectova psihosocială putând interveni și experiențele negative pe care un copil timid le poate avea în perioada de adaptare la viața în comunitatea școlară : eșecuri, critici sociale, ruşine psihică, stigmă, lipsa de comprehensiune și sprijin solidar etc. Dar fundamentele de relaționare socială dificilă cu noi persoane, pe care le relevă anxietatea de separare și de contact, nu trebuiesc ignorate. Agorafobia nu a fost comentată la preșcolari. Faptul e comprehensibil deoarece la această vârstă copilul nu se deplasează de obicei singur în spațiile publice și experiența sa în parcurgerea unor teritorii complexe și noi, nefamiliare, era până recent în mod firesc redusă. La fel ca și conștiința – sau preconștiința – pericolelor posibile în noile ambiante. Dar copiii prezintă în mod spontan atacuri de panică, fenomen corelat îndeaproape agorafobiei, astfel încât aceste cazuri sunt probabil mai

predispuse, şi o dezvoltă ulterior în cadrul unei „diateze” anxioase. Fobia sau anxietatea socială nu are nici ea criterii suficiente pentru a fi diagnosticată în mica copilărie. deşi pot fi identificaţi copii mai emotivi şi „ruşinoşi”. E nevoie ca în ontogeneza psihică să se dezvolte capacităţile de autoevaluare pentru ca subiectul să aştepte ca în manifestările publice alţii să-l evalueze negativ. Dezvoltarea ontogenetică a controlului emotivităţii sociale, a stimei de sine, a capacităţilor de relaţionare şi coping cu alţii, sunt însă „piese de dosar” care participă la sinteza acestui proces; la care contribuie desigur şi experienţele de viaţă, eventualele învăţări patologice, particularităţile tipologice caracteriale, zona de funcţionare socială spre care subiectul a fost direcţionat şi în care s-a experimentat ş.a.m.d., (McClure, 2006).

Tulburarea obsesiv-compulsivă – TOC – a beneficiat în ultimele două decenii de o atenţie sporită din partea cercetătorilor, dovedindu-se a fi deosebit de frecventă. Se pune tot mai mult accent pe debutul său precoce, pe incidenţa sa crescută în perioada pubertăţii şi adolescenţei, (Lăzărescu, 2009). De fapt TOC a fost de mult în atenţia pedopsihiatrilor preocupaţi de ritualurile infantile. În urma unor observaţii atente s-a evidenţiat marea frecvenţă la copii a unor comportamente repetitive zilnice, „ritualuri infantile” similare cu fenomenele din TOC. Multe din acestea reprezintă exerciţii plăcute, altele reduc anxietatea prin întărirea şi consolidarea „constanţei obiectului” în perioada de incertitudine a separării, altele ajută la ţinerea sub control a impulsivităţii. Preocuparea faţă de simetrie şi ordine precum şi insistenţa pentru identitate sunt fapte comune la preşcolari. Dar dacă persistă peste 4,5 ani, se asociază cu o adaptare dificilă. La fel, tendinţa spre fixitate, pentru a păstra lucrurile în aceeaşi poziţie. Începând cu al doilea an de viaţă copiii dezvoltă o varietate de ritualuri în legătură cu comportamente obişnuite. La doi ani şi jumătate apar ritualuri de culcare şi

de păstrare a unor situaţii identice. Freud asocia ritualurile copilului cu nevoia de a controla şi organiza realitatea. Ritualul apare ca un vehicol pentru relaţiile interpersonale, ajută la stabilirea sensului sinelui şi a relaţiei cu alţii. Piaget a studiat în cadrul dezvoltării inteligenţei importanţa jocului simbolic cu roluri, ce se repetă ritualic, pentru consolidarea modelelor de interacţiune. Ritualurile copilăriei se corelează cu activităţi sau situaţii obişnuite : sculatul, toaleta de dimineaţă, plecarea de acasă, aşteptarea unor evenimente, mâncatul, culcatul. Aceste situaţii banale devin încărcate de superstiţii şi ajung să fie în cazul obsesionalităţii hiperelaborate şi mari consumatoare de timp. Ritualurile copilului se corelează cu frica că s-ar putea întâmpla ceva rău dacă nu e „totul în ordine”. În spatele ritualurilor copilului se cere totdeauna căutată nesiguranţa, lipsa sentimentului de independenţă şi sprijin, distorsiunea relaţionărilor interpersonale, (Evans, 2006).

Ritualurile sunt o componentă a vieţii zilnice a fiecărui om, ele putând fi mai mult sau mai puţin manifeste şi rigide. În unele cazuri de TOC ele ajung să fie principale manifestări a tulburării. La persoanele cu o vulnerabilitate crescută pentru obsesionalitate, ritualurile zilnice se pot accentua în perioade ale schimbărilor de viaţă sau în perioade de criză existenţială, de creştere a responsabilităţii. O situaţie specială e cea a femeilor în perioada parturiţiei şi imediat după naştere. În această perioadă s-a observat apariţia unor obsesii agresive privitoarte la propriul copil, culminând cu intenţia de a-l omorâ. Obsesia compulsie apare într-un context anxios depresiv şi îngrozeşte mama. La părinţii tineri, mai ales cu ocazia primului copil, apar pe tot parcursul parturiţiei preocupări marginal obsesive legate de evoluţia sarcinii. În periaoda imediat premergătoare naşterii gândurile intruzive ar fi prezente la 95% din părinţi. După naştere mama e

de obicei prevalent centrată pe copil căutând în permanență să anticipeze nevoile sale. Apare preocuparea anxioasă că nu va face față adecvat solicitărilor, că s-ar putea să greşească şi să îi facă rău fără voie copilului. Şi de asemenea grija ca acesta să nu se îmbolnăvească, preocupări față de igienă, creştere etc. Sunt frecvente verificările şi autocontrolul, uneori solicitarea sprijinului altora. În perioada postpartum apar destul de frecvent trăiri de tip OC diverse la mamă, deseori în context depresiv. Ele pot apărea şi la tată, mai ales gânduri agresive față de copil când e deranjat.

La vârsta a treia în mod normal apar o serie de manifestări de model obsesiv cum ar fi : verificări repetate, zgârcenie, colecționarism, psihorigiditate cu evitarea situațiilor noi, reamintiri obsesive. În ultimii ani s-a descris la persoane aflate la vârsta a treia, „sindromul Diogene", care consta în colecționarism conjugat cu pronunțată dezordine, autoneglijare şi neglijență. O parte din manifestările acestui sindrom se corelează cu problematica patologiei obsesionale.

*

* *

P.pt.d. a introdus noutăți în ceea ce priveşte metodologia de cercetare în psihopatologie, În principiu ea este axată pe pozitivism, pe o medicină a evidențelor în care o cazuistică precis definită după o metodologie reevaluată şi reanalizată la intervale mari de timp. Intervalul mare de timp, de ex. din copilărie până la vârsta adultă, pretinde cuprinderea şi a unor metode prospective şi retrospective de evaluare, coordonarea diacronă a unor echipe de cercetare, translația definițiilor, instrumentelor şi conceptelor. Apoi p.pt.d. are în vedere un om în formare, la care apare un sine reflexiv ce mentalizează, detectează şi evaluează mintea altora, intră în relații de ataşament şi intersubiectivitate. Acest fapt presupune o atenție deosebită

acordată şi perspective subiective a „persoanei întâi” care e luată în considerare împreună cu perspectiva global empirică a „persoanei a treia” pe care o presupune metodologia pozitivistă. Cercetarea empirică în acest domeniu nu poate ignora intersubiectivitatea apare un nou înțeles pentru „fenomenul uman”, care nu se mai reduce la observarea comportamentului exterior sau la „trăirile subiective” esențializate, aşa cum proceda fenomenologia clasică. Ci le implică în relații interumane şi în dezvoltarea propriei autonomii, a propriului sine şi psihism conştient, interrelaționat cu alții în cadrul unei nişe ecologice umane În plus, relația de ataşament şi în general relațiile intersubiective prin care copilul se leagă în permanență de cei din jur, ridică aspectul studierii ştiințifice a perspectivei „persoanei a două” care până în ultimul timp a fost ignorată sau cantonată la preocupările psihoterapeuților.

P.pt.d. derivă din medicina psihiatrică cu a ei psihopatologie clinică. Dar, la rândul ei, are repercusiuni asupra acesteia, modificându-i orizonturile. Ideea prevenției şi a depistării precoce a bolilor e o problemă general medicală. P.pt.d. pune această problemă într-o nouă lumină. În cursul dezvoltării copilului în familie, parcurgerea normală a diverselor etape, după standardele expectate, este ea însăşi o problemă la care familia are o contribuție. Dezvoltarea ontogenetică poate avea variații în jurul unei formule standard normale, iar aceste îndepărtări de la norma ideală pot să nu fie patologice, dar să semnaleze vulnerabilități. Mai ales că în perioada infanto-juvenilă când autonomia sinelui e în dezvoltare, însuşi mecanismul de funcționare a familiei şi a ambianței ecologice umane poate condiționa deviații reversibile, care nu pot fi cotate ca tulburări psihice plasate în individ, cu origine în el; ci, cel puțin parțial, ca probleme, particularități, deviații ale sistemului familial şi ecologic, care doar se reflectă temporar în

manifestările individului. Acest aspect al relației dintre individ şi mediul uman proxim – recte familie – e important şi semnificativ şi în cursul vieții adulte. Dar el e cel mai sensibil în perioada ontogenezei. P.pt.d. a adus în planul analizei şi dezbaterii faptul că mediul ecologic proxim familial are importante valențe în dinamica psihopatologică, el putând fi cauza unor fenomene diverse ca : - formarea şi modelarea individului; - vulnerabilizarea sa şi precipitarea lui spre o expresivitate psihopatologică ce exprimă o deviație de funcționare a familiei; dar şi : - protecția individului; .- zona de afirmare a competențelor şi de obținere a satisfacțiilor. Aceste aspecte relevă rolul important pe care îl joacă familia în p.pt.d.

6.3. Familia în perspectiva psihopatologiei developmentale

P.pt.d. este consonantă cu doctrina cogniției sociale, care înțelege persoana ca un sine - „self" - activ, expresie a funcționalității cerebrale, ce se afirmă continuu ca un agent capabil de prevedere şi autoreglare, de perceperea reflexivă a autoeficacității sale şi de creativitate. Sine ce susține identitatea transtemporală a persoanei în raport cu sine, cu alții şi cu lumea. Psihologia developmentală integrează însă şi perspectiva etologică a structurării nucleului sinelui personal prin relațiile formatoare cu mama din primul an de viață, prin asimilarea imagoului protector al acesteia în cadrul relației de ataşament şi prin structurarea ulterioară a capacității de a intui intenționalitatea altora în situație, pe care o descrie fenomenul ToM. Şi de aici încolo, formarea şi afirmarea persoanei în contextul relaționărilor interpersonal sociale desfăşurate în mijlocul universului simbolic pe care-l susține limbajul asertiv. Tocmai astfel se realizează progresiva cogniție socială, care permite şi învățarea vicariantă, prin modele, prin identificarea

cu eroi ideali. Această întelegere a psihismului uman scoate în relief rolul fundamental al familiei atât în formarea şi afirmarea normală a persoanei cât şi în alunecările sale psihopatologice.

Familia este baza biologică dar şi umană a apariţiei şi formării oricărui individ, fapt ce articulează psihologia umană de cea animală. Psihanaliza a intuit acest lucru comentând reprezentarea problematicii relaţionale cu părinţii prin instanţa supraeului, prin conflictul oedipian. Psihologia developmentală actuală urmăreşte formarea progresivă a psihismului copilului prin relaţiile sale strânse cu mama din primul an de viaţă, cu membrii familiei sau persoanele familiale în primii 3-4 ani de viaţă. Subiectul se individualizează, desigur, sprijinindu-se şi pe alte elemente sociale decât cele strict familiale, pe socializarea educaţională şi pe relaţiile sale cu persoane din afara familiei, adulţi tineri sau copii din aceeaşi generaţie. Dar familia rămâne punctul de plecare şi axul socializării, constituind „polul intimităţii de tip familial" care structurează ulterior axa intim-public a conştiinţei persoanei. În spaţiul psihologic familial relaţiile dintre persoane sunt apropiate şi continui, deşi ele se diferenţiază şi se polarizează progresiv. În acest mediu familial, relaţiile dintre indivizi nu sunt doar punctuale ci cuprinse într-un „câmp psihologic", metafora sugerând câmpul gravitaţional din fizică. Această temă a „câmpului psihologic" a fost parţial conceptualizată în prima parte a sec.XX în cadrul psihologiei configuraţioniste de către Lewin. Ea a fost reluată apoi, într-o altă manieră, în doctrina psihologică a „relaţiilor interpersonale" a lui Sullivan şi aplicată circumplexului relaţiilor interpersonale a lui Leroy-Wiggins. Tema nu a fost însă ulterior dezvoltată deoarece spiritul ştiinţific al neopozitivismului avea nevoie de delimitări precise ale obiectelor de cercetare. Ea se regăseşte parţial în conceptul de sistem, de sistem familial,

dar fără ceea ce tradițional era specific „câmpului”, spre exemplu atracția spre un centru indiferent de poziție, amplitudini diferite ale atracției în funcție de poziție; şi mai ales „mediul” interrelațional difuz. Dar ideea de „câmp psihologic” se regăseşte şi în conceptualizarea psihopatologiei bazată pe fenomenologie, de ex. şi psihologiei configuraționiste prin tema „percepției atmosferice” pe care a lansat-o Minkowski în cadrul fenomenologiei. Accentul pus de p.pt.d. pe influențele familiale sunt o premiză pentru reactivarea metodologică a ideii de câmp şi de „percepție atmosferică” în psihologie şi psihopatologie în însuşi cadrul „sistemului familial”.

*

* *

Rolul familiei în psihopatologie, intuit de psihanaliză, a căpătat o nouă dezvoltare în a doua jumătate a sec.XX după apariția unor noi teorii în ştiințe, ca cea a comunicării (Shannon), cibernetica (Winer), teoria sistemelor (Bertalanffi) teoria „determinismului nonlinear” (Prirogin), a „catastrofelor”, a „haosului”, hermeneutica, semiotica, mitologia etc. O parte din aceste teorii au aplicații în domenii fizico-matematice şi lingvistic-culturale; dar ele îşi fac loc şi în cadrul analizei la acest nivel suprapersonal de funcționare a psihismului persoanei în cadrul sistemului dinamic al familiei, găsindu-şi o aplicare în dezvoltarea terapiei familiale sistemice. (Elkaim 1995).

Perspectiva familială se raportează la psihopatologie în două sensuri. Pe de o parte, în perspectiva etiopatogenetică, influențele familiale pot nu doar să condiționeze stări psihopatologice ci le pot şi scoate în relief. Terapia familială îşi are rațiunea de a fi în ideea că funcționarea familiei poate fi

perturbată în ansamblul ei. Iar „pacientul”, mai precis manifestările psihopatologice pe care pacientul le evidențiază şi care ajung în vizorul terapeutului, pot fi o expresie, simptomul acestei perturbări globale, sistemice. În al doilea sens, familia e cea care „suportă” în primă instanță manifestările psihopatologice.

Familia este un micro-grup uman ce interacționează strâns, practic ritmic, timp îndelungat. Şi care, din multe puncte de vedere, e asimetric. Între membrii familiei există legături mai mult sau mai puțin apropiate şi cu diverse semnificații (dragoste, ură, dependență, ambivalență, dominanță, indiferență). Ei comunică într-o manieră complexă, lingvistic şi metalingvistic, cu sensuri clare, ambigui sau contradictorii. Comunicările pot fi cu dublu sens, astfel încât un tip de mesaj recepționat condiționează un alt tip de mesaj, reciproc condiționat. În familie există diverse roluri parentale : de mamă, tată; de copil; fraternale; de bunic sau unchi. De asemenea funcționează tacit diverse reguli, mai mult sau mai puțin respectate de membri. Unii dintre aceştia au mai multă putere şi control asupra altora. Între membrii familiei se pot realiza şi se realizează coaliții. Există desigur şi relații externe valabile pentru toți (sau aproape toți) membrii familiei. Totuşi, e mereu prezentă şi tendința de a păstra o homeostazie, de a se menține tot timpul o coerență a familiei. Ceea ce se petrece cu un membru al familiei tinde să se repercuteze asupra tuturor celorlalți, la fel ca în orice sistem (Mircea,1998). Dincolo de întâmplările neprevăzute şi de modificările proiectate pe termen scurt, există o dinamică a familiei pe termen mediu şi lung, care ține de însăşi ciclurile vieții. Copiii cresc, unii pleacă din familie sau se căsătoresc, rămânând în interiorul ei. Părinții îmbătrânesc, unii mor sau se internează pe termen lung în sanatorii, ş.a.m.d. Pentru studierea „ciclului dezvoltării familiei” se poate lua ca punct de

plecare evenimentul standard al căsătoriei, în raport cu care se pot analiza antecedentele şi consecinţele.

Căsătoria e de obicei precedată de o relaţie interpersonală constantă ce evoluează spre o legătură psihologică strânsă şi intimă. Îndrăgostirea şi dragostea poate fi considerat un fenomen natural de tipul unui „modul psihic adaptativ" situaţional, uman, ce favorizează constituirea unui cuplu care evoluează în direcţia familiei şi procreerii. Şi aceasta chiar dacă ea se poate desfăşura în marginea sexualităţii. Analiza existenţei în cuplu dual, intim, poate invoca metafora „câmpului psihologic interpersonal", bazat pe atracţie, compatibilitate, interpătrundere psihologică, identificare reciprocă. Câmp centrat de doi poli şi în cadrul căruia se desfăşoară fenomene specifice.

Evenimentul căsătoriei se articulează cu istoria familiei de origine a fiecăruia dintre parteneri, cu contextul familial în care fiecare dintre aceştia s-a născut şi a crescut. Faptul implică o multitudine de factori, precum : - vârsta părinţilor la naşterea sa; - relaţiile psihice dintre părinţi ; - perioada concepţiei şi naşterii sale; în ce măsură a fost un copil dorit sau nu; - cum s-a realizat procesul de maternaj în primul an (ceea ce implică toate relaţiile intrafamiliale ce au putut influenţa mama în această perioadă); - cum s-au realizat comunicările intrafamiliale în primii 3-4 ani de viaţă; - cum s-au desfăşurat relaţiile cu fraţii (dacă au existat) de-a lungul întregii copilării; - care a fost influenţa asupra copilului în dezvoltarea altor membri ai familiei lărgite (bunici, unchi, rude); - care a fost, în familie, sistemul de comunicare (extra-verbală şi verbală), cel de derulare al normelor (de permisivitate, interdicţie şi obligaţie), stilul sancţiunilor şi recompenselor, modelele de identificare, alianţele şi dinamica afectivă intrafamilială ş.a.m.d. Toate acestea se corelează, desigur, cu posibile influenţe extrafamiliale, care derivă

din : grupul de prieteni, influenţele din cadrul grădiniţei şi şcolii, modelele ideale vehiculate de cultură prin mass-media.

S-au încercat sistematizări ale influenţelor extrem de variate, formatoare dar şi deviante, pe care le suportă un copil sau un tânăr în perioada personogenezei şi care pot juca un rol direct sau indirect în psihopatologie. În ultima perioadă de timp sistemul ICD-10 a propus o astfel de ordonare pe axa 5, pentru psihiatria infantilă, care se referă la „împrejurări psihosociale asociate" (Burk, 1998). Ea poate fi completată pe baza informaţiilor obţinute printr-un interviu structurat sau semistructurat ce are loc cu părinţii sau cu alţi informanţi credibili şi se referă la prezent şi la perioadele anterioare. Aspectele acestor influenţe sunt foarte multe şi, de aceea, structura interviului trebuie să fie flexibilă, având totuşi în vedere cât mai multe eventualităţi. După ce se obţin informaţii de bază asupra copilului şi familiei acestuia, se investighează în mod special : - ambianţa abnormă de viaţă (actuală sau în trecut); - educarea într-o instituţie: - situaţii ameninţătoare care au apărut în urma plecării din propria familie; - situaţii parentale deviante (un părinte alcoolic); - factori traumatizanţi cronici, de natură interumană, legaţi de şcoală; - nelinişte generată de şcoală; - migraţie sau transplant social; - condiţii de viaţă cu periclitate psiho-socială; - familia izolată; - evenimente de viaţă acute, traumatizante (pierderea unei relaţii dragi, relaţie perturbată prin apariţia de noi membri în familie, evenimente care duc la scăderea respectului faţă de sine); - factori traumatizanţi de ordin social (discriminare); .- abuz sexual; - condiţii abnorme de educaţie (atitudine hiperprotectoare a părinţilor); - educaţie care nu permite o experienţă suficientă; - solicitări şi presiuni excesive din partea părinţilor; - relaţii intrafamiliale abnorme (lipsă de căldură în relaţia părinte-copil); - dizarmonie în familie între adulţi; - respingerea duşmănoasă sau tratarea

copilului ca pe un „țap ispăşitor”; - maltratarea corporală a copilului; - comunicare intrafamilială inadecvată sau distorsionată; - tulburare psihică sau handicap la un membru al familiei (mai ales la un părinte sau la un frate). Toate aceste situații pot condițional particularități sau anormalități în dezvoltarea psihică, în maturizarea şi autonomizarea sinelui, în strategiile sale de raportare interpersonală sau față de situații problematice. În cursul ontogenezei se pot sedimenta „învățări patologice” atât în ceea ce priveşte conduitele cât şi evaluările privitor la semnificația stimulilor ambientali.

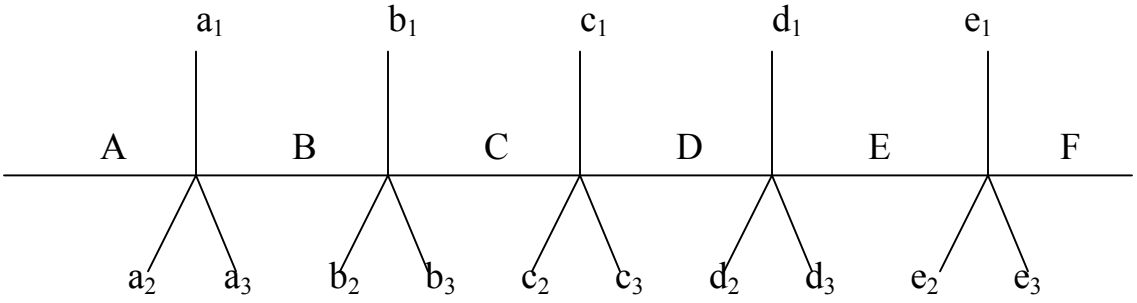
Dacă pornim de la punctul de plecare ales în schema propusă şi care este momentul căsătoriei, se afirmă apoi şi în continuare o a doua dinamică a ciclului familial, adăugându-se o nouă structură deasupra celei imprimate de familia de origine. Pe de o parte, subiectul ce şi-a întemeiat propria familie, păstrează, nu doar relațiile interiorizate ci şi pe cele nemijlocite cu prorpia familie de origine, cu care poate conviețui mai mult sau mai puțin apropiat fizic şi cu implicare afectivă. De exemplu conviețuirea zi de zi a norei cu soacra ridică, conform concepției tradiționale o serie de probleme afective tensionate. Pe de altă parte însă există o dinamică proprie, un „ciclu”, al acestei noi familii constituite, care parcurge o perioadă inițială de adaptare reciprocă a partenerilor (L'Abote, 1994). Iar apoi, numeroase variante evolutive care pot consta din : - adaptare, înțelegere, stabilitate; - perioade de criză ce se pot încheia cu împăcare sau despărțire temporară sau definitivă; - planificarea unui copil şi preocuparea față de el, după naştere; - apariția altor copii prin concepția sau adoptare şi rolul jucat de fiecare părinte în cadrul familiei lărgite, care poate cuprinde şi o parte din proprii părinți şi rude, alte persoane apropiate, alți copii sau tineri adoptați în familie. De subliniat că planificarea, naşterea şi grija pentru nou născut şi copil se realizează în cadrul unei relații interpersonale speciale, duale, ce se

constituie ca un „câmp psihologic” constant şi intim; câmp ce are doi poli, e marcat de la început de intersubiectivitate şi dezvoltă reprezentarea „prezenței” celuilalt în structura propriului sine. Pe măsură ce copiii cresc, apar diverse probleme legate de şcolarizare, de integrarea lor în societate. Iar mai târziu, de propriile lor relații afective ale copiilor, cu plecarea lor de acasă, şi/sau de căsătoria copiilor (Lăzărescu, 2002).

Deşi problematica şi relațiile pe care le implică dinamica ciclului unei familii constituite pare infinită, ea poate fi totuşi, trecută în revistă în perspectiva unor elemente esențiale ce ar putea fi surprinse într-o schemă :

Figura XXVII

Perioade standard ale ciclului unei familii monogame



Perioada		Secvența
A=curtarea (prietenia)	→	a_1 =căsătorie/a_2 =concubinaj/a_3 =eşec
B=planificarea unui copil	→	b_1 =naşterea/b_2 =adopțiunea/b_3 =avort, moartea copilului
C=dizarmonie familială	→	c_1 =împăcare/c_2 =despărțire/ c_3 =divorț
D=boala partenerului	→	d_1 =vindecare/d_2 =defect/ d_3 =deces
E=inițierea unei noi legături	→	e_1 =recăsătorie/e_2 =concubinaj/e_3 =eşec
F = armonie, înțelegere şi alte variante		

Pornind de la perspectiva simplificatoare pe care o propune o schemă, aceasta poate fi nuanțată prin analiza dezvoltării în familia sa de origine a fiecăruia din cei doi parteneri, precum şi prin urmărirea destinului propriilor copii, în raport cu existența cărora persoana din cuplu este într-un fel implicată. Toate aceste dinamici se desfăşoară în paralel, cuprinse în contextul nişei ecologice umane a familiei, a rețelei de relații sociale ale acestora, în cadrul unei culturi şi a unui timp istoric dat.

Elementele de bază ale vieții familiale considerată ca entitate supraindividuală care au fost rezumate mai sus, pot prezenta diverse distorsiuni ce au drept consecință deviații psihice ce se pot amplifica prin feed back negativ conducând la tulburări psihopatologice. Acest fapt a şi

determinat studierea sistemului familial în perspectiva psihopatologiei developmentale. Iar în acest context s-au dezvoltat modele de intervenție terapeutică familială. Prezența la unul sau mai mulți membri ai familiei a unei boli sau a unui handicap fizic sau psihic se repercutează asupra celorlalți membri ai familiei şi asupra întregului sistem familial, după o dinamică specifică. Dar e important ca orice caz psihopatologic să fie abordat prin proiecția sa pe ecranul familiei, fapt ce ajută la înțelegerea etiopatogeniei şi modului de manifestare. Şi poate ajuta, prin intervenție familială, la ameliorarea sa.

Microsistemul familial are un rol formator, el susține un ansamblu de învățări normale sau deviante. Şi de asemenea joacă un rol protector, de sursă a unor satisfacții, de manifestare a competențelor. Dar, în acelaşi timp familia poate fi şi sursa a nenumărate stresuri, unele continui, altele periodice sau secvențiale. Specificitatea existenței familiale constă în faptul că afectează zona intimă a existenței persoanei, în cadrul unor relații care de obicei implică ataşamentul, iar influențele sunt zilnice şi îndelungate. Familia este un topos uman ce apare tot mai mult în evidență, ca univers problematic fundamental pentru psihopatologia clinică. Mai ales de când acesta s-a dezvoltat ca p.pt.d. şi a devenit tot mai puțin „clinică", tot mai rar marcată de instituționalizare. În prezent psihopatologia clinică, nu poate fi concepută fără de „haloul", fără de contextul, fundalul sau „atmosfera" sa familială.

Capitolul 7

Doctrina vulnerabilitate/stres şi factori protectivi din cursul biografiei. Rezilienţa

7.1. Introducere; 7.2. Rolul evenimentelor de viaţă în comentariul psihopatologiei clasice germane; 7.3. Rolul evenimentelor de viaţă în psihopatologia anglo-saxonă a ultimelor decenii; 7.4. Tipologia evenimentelor de viaţă stresante; 7.5. Conceptul de vulnerabilitate în psihopatologia clinică; 7.6. Factori compensatori şi protectori; 7.7. Perspectiva biografică a influenţelor psiho-sociale; 7.8. Rezilienţa

7.1. Introducere

Psihopatologia clinică nu se poate reduce la aspectul descriptiv al tulburărilor mintale. Efortul proiectului DSM-III de a prezenta un sistem nosologico-nosografic cât mai neutru d.p.d.v. al etiopatogeniei a avut ca obiectiv un diagnostic pragmatic care să crească comunicabilitatea între specialişti. Dar nici un moment nu s-a pus problema de a elimina complet perspectiva etiopatogenică, fapt acceptat de la început, dat fiind că unele categorii sunt definite ca fiind condiţionate organic cerebral iar altele prin factori psihosociali, aşa cum e reacţia de stress posttraumatic sau tulburările de adaptare. Pentru psihopatologia clinică implicarea factorilor psihosociali în condiţionarea tulburărilor nu poate fi ocolită, aspectul fiind constitutiv pentru această disciplină, aşa cum apare clar din lucrarea princes a lui Jaspers din 1913. Desigur, de atunci, această problematică s-a rafinat, dar ea nu a dispărut.

În prezent e dominantă doctrina vulnerabilitate/stress, care încearcă să o înlocuiască pe cea mai vagă, de determinism "endogen". În etiopatogenia psihopatologică se consideră că rolul stresului este corelat strâns cu

vulnerabilitatea şi cu factorii protectori. Cu cât vulnerabilitatea este mai mare, cu atât tulburările pot apare la stresori mai puțin importanți.

Influențele psihosociale sunt avute în vedere în cadrul axiomei că aceeaşi factori pot fi formativi, protectori sau distorsionanți, nocivi. Există trei incidențe de abordare:

- Rolul factorilor psihosociali în crearea unui teren vulnerabil pentru tulburări psihice;

- Rolul acestora în creşterea circumstanțială a vulnerabilității;

- Rolul lor în determinarea sau declanşarea unui episod psihopatologic.

Ultimele două eventualități presupun o legătură cauzală în timp. Perioada sugerată de majoritatea autorilor este de 3 sau 6 luni. Deoarece se au în vedere şi factorii vulnerabilizatori predispozanți, în prezent nu se urmăreşte în mod special legătura „comprehensibilă" între eveniment şi apariția episodului, fapt care la începutul psihopatologiei clinice era considerat esențial. Pentru aspectul „determinant" această legătură rămâne totuşi importantă ca de exemplu o depresie ce apare după o pierdere importantă. Pentru aspectul „declanşator", semnificația poate trece în planul al doilea; un episod maniacal se poate instala şi după un eveniment trist.

În prezent se consideră că nu e aşa de important ca influențele psihosociale să aibe totdeauna o intensitate deosebită, semnificația, durata şi cumulul lor putând juca acelaşi rol negativ. Influența la distanță în timp este şi ea posibilă, fapt ce justifică sau chiar pretinde, o analiză biografică.

Se va comenta inițial contribuția în acest domeniu a şcolii psihopatologice germane dezvoltată în prima jumătate a sec.XX, urmată de contribuția şcolii anglo-saxone ce s-a impus în a doua jumătate a secolului,

împreună cu doctrina vulnerabilitate-stres. Ambele au în vedere, ca instanță limită, biografia persoanei.

7.2.Rolul evenimentelor stresante de viață în comentariul psihopatologiei clasice germane.

Unul din părinții psihopatologiei a fost Jaspers care s-a manifestat ulterior ca filosof existențialist. Când a publicat lucrarea sa princeps Psihopatologia generală în 1913 (Jaspers, 1965; 1997). Jaspers era angajat în dezbaterea epocii, care diferența între ştiințele fizico-biologice, nomotetice, guvernate de legi statistice şi ştiințele umane în care se practică metodologia ideografică a analizei detaliate şi luminatoare a unui caz tipic exemplar (Rickert, Weber). Jaspers a impus ideea că trăirile normale reactive ale oamenilor condiționate de evenimente care au pentru ei o anumită semnificație, pot avea o replică în psihopatologie, atunci când ele sunt exagerate ca intensitate şi durată. El a denumit aceste stări „reacții psihopatologice", exemple fiind doliul şi spaima exagerată, resentimentul, ura şi gelozia extremă. Reacțiile psihopatologice sunt cauzal comprehensibile, în sensul că le poate înțelege orice om, care ar fi reacționat în principiu la fel dar cu o intensitate în limite normale. Această idee se menține şi în nosologia actuală în legătură cu reacția acută la stress, reacția de stress posttraumatic (PTSD) sau doliul patologic. Ideea era în acea vreme nouă în psihopatologie, deoarece aceasta studia tradițional cazurile azilare pentru care se presupunea un determinism organic sau intern dar necunoscut, „endogen".

Ideea lui Jaspers este destul de complexă deoarece : - Reacția persoanei nu se produce în raport cu faptul că un eveniment are loc, ci cu felul în care subiectul percepe evenimentul, cu semnificația pe care aceasta o are pentru el. De aceea expresia care s-a încetățenit în psihopatologia

germană a fost cea de „Erlebnisreaktion”, reacţie la o situaţie trăită; - Reacţia psihopatologică se desfăşoară de obicei într-o „situaţie limită” care tensionează la maximum subiectul. Dar situaţii limită pot interveni şi cu o motivaţie ce derivă din interioritatea persoanei, aşa cum e dragostea şi ura puternică, entuziasmul creaţiei, o trăire ce pregăteşte o descoperire, convingerile profunde în desfăşurarea lor. Şi acestea sunt desigur corelate cu ceea ce se petrece în lumea umană ambientală a subiectului dar ele au mai puţin caracterul unei reacţii cu determinism exterior. Jaspers a invocat pentru unele din aceste cazuri noţiunea de dezvoltare anormală, prevalenţială a persoanei. Echivalentul lor este ceea ce în prezent se numeşte preocupare centrată de o idee supraevaluată. El le-a diferenţiat de schimbările profunde ale persoanei ce duc la delir, pe care le-a denumit „proces psihopatologic” şi care se corelează cu o „ruptură” în continuitatea biografică a persoanei, dispărând articulaţia semnificant comprehensibilă cu motivaţia, argumentarea sau justificarea.

Jaspers, care a introdus în psihopatologie conceptele de reacţie, dezvoltare, proces şi defect psihopatologic nu a comentat mai detaliat rolul personalităţii în dinamica psihopatologică deoarece considera acest concept extrem de vast, ca o sinteză transcedentalo-transcendentă a bogăţiei existenţei biografice a subiectului. Aspectul central al reacţiilor comprehensibile se petrece în contextul relaţiilor interpersonal sociale.

Un alt psihopatolog german ce s-a afirmat după Jaspers, Kretschmer, (1949) acordă o importanţă deosebită în psihopatologie temperamentului şi caracterului, pe care le corelează cu forma corpului pe care o împarte în patru clase: picnic, leptosom, atletic, dismorfic. Nici el nu pune accentul pe conceptul de persoană dar abordează bazele bio-tipologice ale acesteia, care sunt în mare măsură înnăscute. Corelând principalele boli psihice ale vremii

sale – schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă şi epilepsia - cu biotipologia, el consideră în plus că fondul temperamentul caracterial e corelat cu acestea, existând un continuum între caracterul normal, cel anormal şi boală. Pe lângă rolul jucat de structura temperamental caracterială Kretschmer comentează două tipuri de reacţii anormale aflate la extreme.

- Reacţiile suprapersonale, care exprimă un mod simplu, primitiv, biologic de reactivitate. Aici s-ar plasa reacţia explozivă, cea de agitaţie confuzivă („bewegnungsturm"), asemănătoare cu agitaţia animalelor aflate în captivitate şi leşinul isteric comparat cu reflexul de mimare a morţii, („Totstelreflex") descris în biologie.

- Reacţiile specifice unor tipuri de personalitate anormală („persönlichkeitreaktion"). Acestea se corelează cu particularităţile tipologic caracteriale şi cu sensibilităţile subiectului. Unii oameni, cu o fire particulară sau anormală sunt extrem de sensibili la anumite tipuri de evenimente ce se potrivesc persoanei respective „ca şi cheia la broască". Când apare un astfel de eveniment se dezvoltă o reacţie prevalenţială prelungită, de exemplu de tip senzitiv-interpretativ, expansiv paranoiac sau autist. Aceste „reacţii ale personalităţii" sunt de tipul preocupărilor excesive centrate de o idee supraevaluată. Dar pot evolua şi în direcţia delirului. S-au descris diverse teme ca hipocondria, dismorfofobia, gelozia, trăirile senzitiv relaţionale, tema luptei pentru dreptate a celor ce se consideră prejudiciaţi. Ulterior aceste cazuri au fost corelate cu tulburările de personalitate în sensul descris de Schneider. Kretschmer se plasează pe poziţia continuumului între reacţie, dezvoltare şi delir şi nu pe cea a rupturii pe care o realizează procesul psihopatologic pentru care pleda Jaspers şi Schneider.

În continuare, Schneider, (2006) a pus accentul pe tulburările de ansamblu ale manifestării personalităţii în plan interpersonal social pe care

le-a descris ca „personalităţi psihopate”. Acestea suferă din cauza caracterului lor şi îi fac şi pe alţii să sufere. Ele nu ar trebui considerate boli ci variante antropologice. Psihopaţii manifestă mai frecvent reacţii psihopatologice decât ansamblul populaţiei. Dar, până la un punct, ei înşişi sunt cei care induc situaţiile tensionate şi conflictuale la care apoi reacţionează.

Schneider păstrează ideea germană de „erlebnisreacktion” dar o nuanţează. O reacţie psihopatologică se produce nu doar datorită evenimentului trăit şi terenului care este particular. Pe lângă eventualitatea ca terenul să fie format dintr-o persoană psihopată mai joacă un rol şi : - faptul că persoana respectivă ar putea fi într-o situaţie deosebită, specială; ea poate avea o reactivitate modificată dacă în ultima perioadă s-au acumulat mai multe psihotraume care o vulnerabilizează într-o anumită direcţie; - sau, dacă trece printr-o perioadă de epuizare psihică, printr-o perioadă specială de viaţă. La fel pot exista în fundalul persoanei unele oscilaţii endotime condiţionate de biopsihoritmuri sau de cicluri ale vieţii, care fac ca persoana să fie uneori în mod nespecific mai sensibilă sau mai rezistentă faţă de evenimentele psihotraumatizante pe care le trăieşte. Schneider are deci în vedere aspecte mai nuanţate ale terenului personalistic, diferenţiind între aspectul de fundal (hintergrund) şi cel „subteran” (untergrund) în sensibilitatea pentru trăiri psihice anormale.

Petrilowitsch (1958, 1966) menţine ideile lui Jaspers, Kretschmer şi Schneider, pe care le dezvoltă. Personalitatea joacă un rol important în reacţiile psihopatologice prin structura caracterial tipologică şi prin biografie. Pe lângă personalităţile psihopate clasice ce prezintă variate manifestări dissociale, el atrage atenţia asupra personalităţilor particulare, care sunt anormale, dar care prin ele însăşi nu se impun d.p.d.v.

psihopatologic. Acestea i-au preocupat şi pe Kretschmer, Schneider iar ulterior pe Leonhard (1972) şi pe staful ce a pregătit ICD-10. Petrilowitsch consideră importantă întreaga biografie şi nu doar cumularea evenimentelor recente. Unele psihotraume petrecute cu mulți ani în urmă sau în copilărie pot zace în fundalul psihismului „nemetabolizate" şi neintegrate armonic în structura acestuia. Iar de acolo pot să întrețină atitudini şi preocupări speciale, moduri specifice de reacție şi vulnerabilități. Coborând în adâncimea biografiei, Petrilowitsch ajunge să acorde atenție şi complexelor invocate de psihanaliză, pe care le comentează mai ales în înțelegerea lui Jung. El consideră că, complexele psihanalizei clasice se pot articula cu evenimentele deosebite ale biografiei pentru a întreține un „psihism secund", - un „eu secund" – o situație de dedublare a persoanei, care o vulnerabilizează. Această idee se regăseşte în mare măsură şi în cognitivismul actual, de sorginte Elis-Beck care pune însă accentul nu pe evenimentele trăite ci pe învățările distorsionate.

O altă idee asupra căreia Petrilowisch insistă – şi care e consonantă cu aderarea sa la doctrina configurațională - este aceea că în psihopatologie joacă un rol nu doar evenimentele psihotraumatizante majore, secvențiale ci şi influențele persistente ale vieții de zi cu zi, atât în familie cât şi în universul educației şcolare şi mai târziu la locul de muncă. Acestea pot avea consecințe formative sau întrețin o tensiune negativă care vulnerabilizează persoana de-a lungul unei perioade de timp, determină învățări patologice sau frustrează persoana de capacități utile de reacție. Această idee a lui Petrilowitsch se articulează cu actuala viziune sistemic familială. Tot influențele psihosociale persistente pot influența durabil structura caracterială modificând unele persoane particulare în direcția unui stil comportamental anormal, psihopatic; şi aceasta chiar la vârsta adultă.

Pornind de la Jaspers psihopatologia clasică germană a încercat progresiv să descifreze ce se află în spatele evenimentului actual trăit, ce pregăteşte şi face posibil faptul că o trăire actuală care ar trebui să se exprime firesc se manifestă psihopatologic. Acesta este un drum în direcția analizei terenului, a vulnerabilității.

Încă o temă apropiată de cea a reacțiilor psihopatologice a fost cea a sensuliui existențial, ce a stat în centrul preocupărilor lui Frankl privitoare la „nevrozele noogene". În raport cu reacția comprehensibilă față de evenimente psihotraumatizante, eşecul se plasează simetric, putând fi considerat un element de condiționare psihogenă. Eşecul proiectului existențial, sau a sensului existenței este însă o temă predominent spirituală. Motiv pentru care Frankl a considerat că „nevrozele noogene" se plasează marginal în raport cu psihopatologia clinică şi cu „nevrozele" descrise de aceasta.

Ansamblu de observații şi idei pe care le-a etalat psihopatologia clasică germană prefigurează o serie de teme ce au fost reluate în ultimii 50 ani de psihopatologia anglo-saxonă şi psihopatologia developmentală. Acestea s-au dezvoltat cu o altă metodologie de studiu şi într-o altă atmosferă doctrinară. Psihopatologii germani erau centrați pe cazuri clinice izolate, selecționate drept cazuri tipice şi teoretizau pe baza experienței personale. Psihopatologia ultimelor decenii pretinde o cazuistică amplă, definită prin criterii operaționale explicite, urmărită de diverşi autori ce pot confirma un consens, pe baza unor dovezi empirice, măsurabile. În plus, problema sensului existențial nu mai e în atenția psihopatologilor actuali.

7.3. Rolul evenimentelor de viață în psihopatologia anglo-saxonă a ultimelor decenii

Contribuția psihopatologiei clasice germane a fost importantă deoarece a atras atenția atât asupra semnificației evenimentelor trăite cât şi asupra structurii caracteriale şi a biografiei. În plus ea a fost o alternativă clinică comprehensivă față de hermeneutica psihanalitică.

În atmosfera de cercetare neopozitivistă în care s-a manifestat psihopatologia anglo-saxonă după anii 70, o serie din aceste idei au fost reluate şi dezvoltate, introducându-se altele noi. Astfel a fost conceptualizată doctrina vulnerabilitate stress, a fost avansat conceptul de criză şi de intervenție în criză, s-au analizat factorii protectivi precum competențele, capacitățile de „coping" cu stressul şi mai ales rețeaua de suport social. Psihopatologia developmentală a beneficiat de această nouă perspectivă.

Câteva lucrări de pionierat în această direcție merită menționate de la început. În deceniul al şaselea Holmes şi Rahe (1967) au încercat să cuantifice evenimentele de viață stresante („Life Events", „evenimente de viață", e.v.) considerând că acestea au o valoare stresantă diferită ce poate fi evaluată cantitativ. Ei au propus o astfel de cuantificare pe baza unui studiu populațional efectuat pe un eşantion din SUA. E.v. au fost aşezate într-un tabel, în ordinea „gravității", fiecăruia atribuindu-i-se un punctaj. Prezența la o persoană a unor e.v. într-o perioadă imediat anterioară, conferea un anumit număr de puncte. Iar dacă erau prezente mai multe astfel de e.v., evident punctajul creştea, măsurându-se astfel cantitativ încărcătura stresantă pe o anumită perioadă temporală. Pe locul întâi ca importanță, cu cel mai mare punctaj era cotat evenimentul decesului unuia dintre soți, urmat de divorț, separare maritală şi apoi căsătorie. Aspectul deosebit şi interesant al acestui demers constă în luarea în calcul a unor evenimente care puteau avea şi semnificație pozitivă sau neutră. Aşa erau : căsătoria, reconcilierea familială, graviditatea (plasat în ierarhie pe locul 14), adăugarea unui nou membru în

familie, schimbarea locului de muncă, „remarcabile realizări personale” (poziția 27), „revizuirea majoră a obiceiurilor personale”, „schimbarea majoră a activităților de recreere” (poziția 33). Ultima poziție, cu punctajul cel mai mic în această listă, era ocupat de „violarea minoră a legii”. Se constată uşor că e vorba de o cu totul altă concepție decât cea care l-a condus pe Jaspers să comenteze reacțiile psihopatologice în sens de „erlebnisreaktion”, ca fenomen posibil psihopatologic. Noua concepție a „evenimentelor de viață” - e.v. - nu miza atât pe o semnificație nefavorabilă ci pe însăşi faptul solicitării. Dar, aceasta este o variabilă care se mişcă de-a lungul multor parametri. Pe lângă aspectul personal, caracterial şi biografic pe care-l semnalase şi psihopatologia germană, intervine şi aspectul cultural. În aceeaşi perioadă de timp în diverse socio-culturi importanța aceluiaşi eveniment de viață este cotat, la o evaluare statistică, în mod diferit. Un studiu scandinav din 1971 semnala diferențe importante la toți itemii scalei lui Holmes şi Rahe între valorile americane şi cele suedeze, în unele cazuri acestea fiind de 10 puncte dintr-un total maxim de 40. (Rahe, 1971).

O altă cercetare de pionierat a fost cea publicată de Wing şi Brown în 1970 privitoare la schizofrenie şi instituționalism. (Wing, 1970). Tradiția psihiatrică atribuia schizofreniei o evoluție cronic deteriorativă. Această concepție, statuată de sinteza lui Kraepelin privitoare la „demența precoce” s-a perpetuat apoi peste jumătate de secol, pe baza cazuisticii observate în spitalele de psihiatrie. Deşi marile studii catamnestice efectuate în jurul anilor 70 nu au susținut ideea pesimistă a lui Kraepelin pledând pentru viziunea mai diferențiată a lui Bleuler, lipsea o argumentare de psihopatologie clinică convingătoare. Cercetarea meticuloasă a lui Wing şi Brown efectuată în 3 mari spitale din Marea Britanie a demonstrat că, simptomatologia „negativă” a schizofreniei e în mare măsură cultivată de

„substimularea psihosocială” din mediul azilar. Dar, pe de altă parte, o solicitare psihosocială excesivă a schizofrenilor cronicizați, de exemplu prin „ergoterapie intensivă”, poate reactiva „simptomatologia pozitivă”. Acest studiu ce a devenit clasic, pe lângă faptul că a lansat diferențierea dintre simptomatologia negativă şi pozitivă a schizofreniei - care urma să fie validat clinic după 1980 - a introdus conceptual de „sub şi suprastimulare psihosocială”. Şi în concluzie, nevoia de a găsi un nivel de stimulare psihosocială optimă pentru cei ce au trecut prin episoade de schizofrenie.

În cazuistica studiată de Wing şi Brown, sub şi suprastimularea se referea la o cazuistică specială, cea a schizofrenilor internați pe termen lung. Apărea în mod firesc întrebarea dacă această subpopulație nu are cumva o sensibilitate crescută față de însăşi faptul stimulării psihosociale. Deci, eventual, o „vulnerabilitate” crescută.

O a treia lucrare este a lui Brown şi Harris (1978) privitoare la originea socială a depresiei. Autorii studiază cazuri de depresie la o populație precizată socio-demografic, femei din clasa muncitoare mijlocie. Depresia apare ca fiind corelată cu evenimente de viață, mai ales cu schimbări de viață, dar influențată evident de prezența sau absența unor elemente de suport social. Femeile lipsite de suport sunt mai expuse la psihopatologie. Ceea ce înseamnă ca pe lângă o eventuală vulnerabilitate de fond şi prezența unor stresori psihosociali, un rol îl pot juca şi factorii protectivi. Şi în primul rând rețeaua de suport social.

Altă direcție de cercetare a fost reprezentată de studiile lui Vaugh şi Leff (1973) privitoare la rolul „expresiei emoționale” (E.E.) crescute în recăderea schizofrenilor. S-a constatat că după un episod de schizofrenie apare deseori în familie, cel puțin la un membru, o atitudine specială față de fostul bolnav : de hipercontrol, critică şi ostilitate. Cu cât pacientul petrece

în familie mai mult timp împreună cu persoana cu EE crescut, cu atâta el recade mai repede. Dar, poate fi parțial protejat de medicația neuroleptică. Studiile din această clasă au atras atenția asupra necesității intervenției familiale, a psihopedagogiei şi a tratamentului de întreținere. Atât fostul pacient cât şi familia trebuie să cunoască cât mai bine boala, simptomele ei, să îşi controleze conştient comportamentul relațional, să accepte intervenția familială, să devină co-terapeuți.

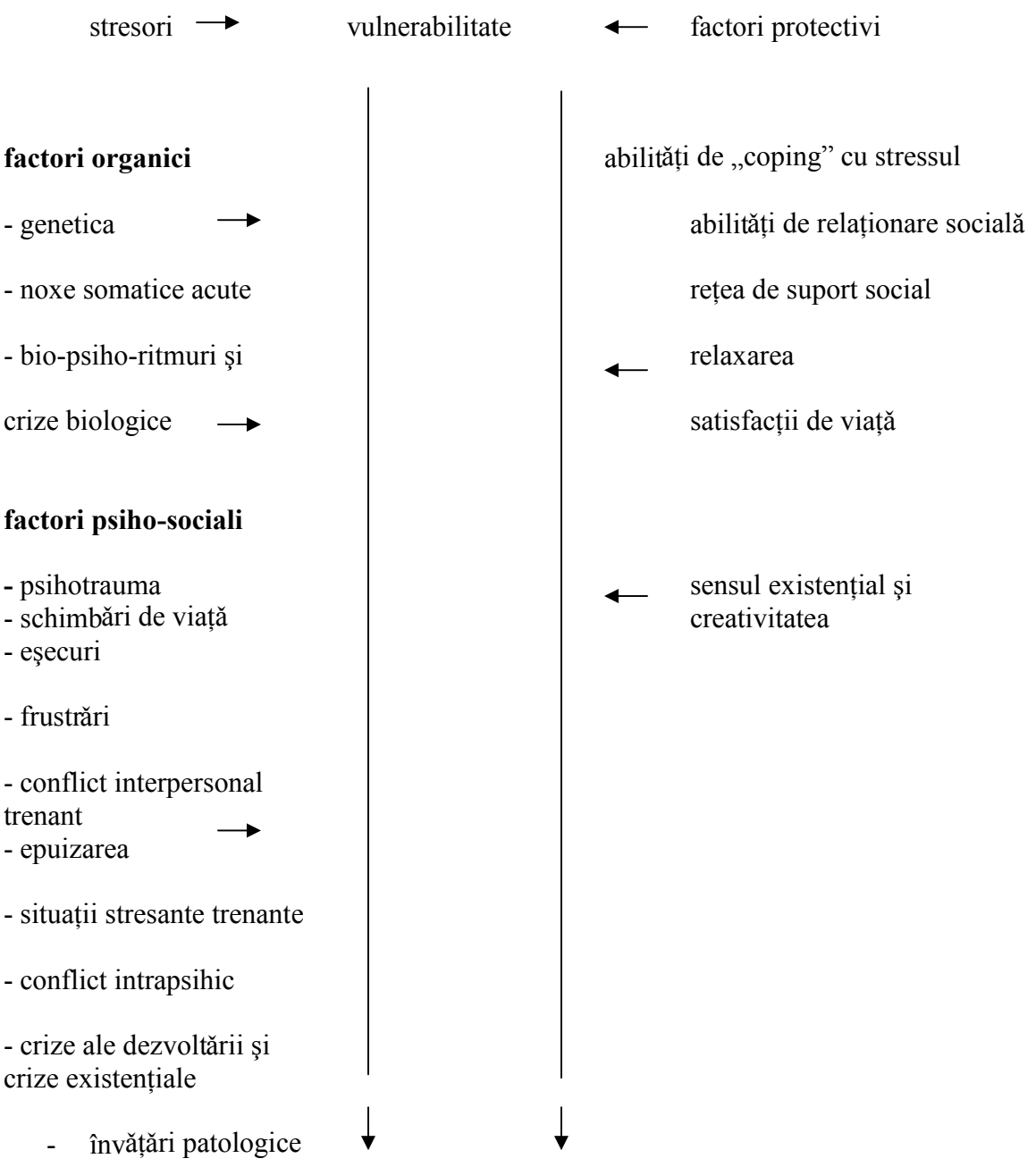
Liniile directoare ale noii abordări a rolului influențelor psihosociale în psihopatologie erau în mare trasate. Se preconiza studierea empirică a prezenței, pe o durată determinată de timp, a unor evenimente de viață, interesul principal centrându-se pe schimbările de viață - care până în anii 70 fuseseră ignorate - şi pe nivelul stimulării psihosociale. Apoi, în analiză urma să intervină vulnerabilitatea de fond şi cea modificată circumstanțial; precum şi factorii proetctori. Clasica problemă a psihotraumei nu a fost ignorată. Dar, în spiritul pragmatismului, s-a propus o intervenție activă în perioadele de „criză psihologică". Cu această ocazie a început studierea capacităților şi abilităților subiectului de a face față situațiilor stresante („coping" cu stresul), capacități ce pot fi susținute şi dezvoltate. Analiza biografică nu a fost nici ea uitată, dar mai ales în perspectiva învățărilor patologice din copilărie, direcție dezvoltată de cognitivism. Astfel, psihopatologia clinică beneficiază în prezent de un diapazon larg de moduri de abordare şi înțelegere a influențelor psihosociale a căror rol este dovedit prin studii empirice. Toți aceşti factori se conjugă, desigur, cu cei genetici şi organici.

Se poate imagina o schemă orientativă a factorilor etiopatogenici în psihopatologia clinică.

Figura XXVIII

Influenţe psihosociale în psihopatologia clinică

echilibrul dintre



7.4. <u>Tipologia evenimentelor de viaţă stresante</u>. Un comentariu în această direcţie este util chiar în perspectiva psihopatologiei anglo-saxone care pretinde un inventar cât mai complet al evenimentelor de viaţă dintr-o perioadă determinată. E dificil să se contureze definiţii operaţionale pentru fiecare tip dar un comentariu de caracterizare e posibil. Evenimentele de viaţă posibil stresante pot fi împărţite în secvenţiale şi trenante. (Lăzărescu, 1994).

<u>Psihotrauma</u>. Este vorba, în sensul pe care-l comenta deja Jaspers, de un eveniment de viaţă secvenţial, de obicei neprevăzut, care impresionează puternic subiectul. Se diferenţiază între evenimentele cu semnificaţie de ameninţare şi de pierdere. Ameninţarea se poate referi la propria viaţă, integritate corporală, sănătate, suferinţe cauzate celor apropiaţi, atentat la demnitate, pudoare, la pierderea bunurilor etc. Ameninţarea poate fi trăită ca un eveniment direct sau ca unul anunţat, eventual mediat prin formula şantajului. Se au în vedere situaţiile în care persoanele sunt supuse terorii, luarea de ostatici, situaţiile speciale de război. În ultimul timp s-a acordat atenţie situaţiilor de ameninţare colectivă ce au loc în cadrul catastrofelor naturale (incendiu, cutremur, naufragiu, surpări de teren şi îngropare) când se produce şi o contagiune afectivă negativă. Pierderile acute se pot referi la persoane dragi, la bunuri, sănătate. Dar nu se ignoră perspectiva psihologică: demnitatea, poziţia socială, idealurile. Uneori evenimentele de pierdere sunt precedate de o situaţie stresantă prelungită.

<u>Criza şi intervenţia în criză</u>. Psihotrauma este un eveniment trăit ce are consecinţe psihopatologice. Ea este identificată retrospectiv. Spiritul pragmatic al psihopatologiei anglo-saxone a încercat să mute cât mai mult centrul de greutate al intervenţiei psihopatologului pe actualitatea trăirilor nefavorabile, pentru a preveni consecinţele. Astfel a apărut ideea intervenţiei

în criză. Criza este considerată o situație excepțională, cu mare impact asupra persoanei, mai precis a persoanelor implicate. Deşi la extreme se poate vorbi de o criză personală sau de una a societății, aspectul central este acela în care sunt implicate două sau mai multe persoane, un grup de oameni aflați într-o situație ieşită din comun, care depăşeşte resursele lor adaptative.

Conceptul de criză în psihopatologie îşi are originea în lucrările elaborate de Lindeman (1944) şi Caplan (1962). Acestea subliniau corelația cu un eveniment acut, tulburare emoțională ce se instituie, punerea în joc a unor mecanisme de depăşire a situației critice. Evenimentele avute în vedere includ pe cele deja comentate ca psihotraume; dar se iau în considerare şi altele precum : criza maritală, criza în familie legată de problemele unui copil sau de un conflict intrafamilial, o situație critică într-o şcoală sau o întreprindere, un moment critic într-un penitenciar, o criză publică apărută prin luarea de ostatici, printr-un accident major, printr-un act de terorism. Crizele trăite la nivel personal sunt legate de schimbările de viață, de bilanțurile negative, de eşecuri, de apariția unei idei suicidare.

În raport cu o situație de criză se ridică o serie de probleme : - identificarea ei şi a persoanelor implicate; - identificarea persoanelor mai vulnerabile față de situații de criză şi care au mai reduse capacități de coping (de a face față situației critice); - sprijinirea celor aflați în criză; - dezvoltarea capacităților de coping; -rezolvarea crizei; - prevenirea unor consecințe psihopatologice.

Conceptul de criză şi de intervenție în criză exprimă orientarea comunitară şi intervențională în psihopatologia clinică actuală.

Schimbările de viață. Evenimentele care constau în schimbări existențiale semnificative nu au fost luate în considerare de psihopatologia clasică germană. Ele se pot produce în mod firesc, incluse fiind în ciclurile

vieții, privite din perspectivă profesională, familială, maritală, locativă, civică. Desigur, fiecare om poate interveni în mare măsură asupra ritmului, momentului, modului, stilului în care se pretrec schimbările din viața sa (ca exemple s-ar putea lua căsătoria, faptul de a avea copii, divorțul, angajarea într-un serviciu, părăsirea lui). Deşi aceste schimbări sunt naturale şi fireşti în cadrul ciclurilor vieții, ele au consecințe importante pentru existența personală, nu doar prin semnificația lor deoarece necesită un efort de readaptare la un nou regim şi ritm de viață, la noi responsabilități, la constituirea unei noi rețele sociale şi de suport social. Cu ocazia unei importante schimbări de viață se reactivează trăiri conştiente sau inconştiente din trecut, amintiri, „complexe psihice", disponibilități latente, blocaje psihice specifice etc. Astfel încât situația schimbării poate reprezenta o solicitare psihică complexă. Acest efort de readaptare poate fi dificil de parcurs de unele persoane vulnerabile, care, mult timp, s-au manifestat ca normale în parametrii standardizați a unei vieți sociale date.

Dacă unele schimbări de viață solicitante şi deci indirect stresante pot apărea ca fireşti, de aşteptat şi dorit în cadrul ciclurilor vieții, altele nu au aceste caracteristici. Există e.v. care, chiar dacă se petrec de obicei în cadrul ciclurilor fireşti ale vieții, pot apărea în mod neaşteptat, luând persoana prin surprindere. De exemplu, moartea prin accident a unei persoane apropiate sufleteşte, o avansare în profesie, un câştig bănesc la care nu te aşteptai. În general, schimbările sau e.v. ce apar în cadrul ciclurilor vieții pot avea următoarele caracteristici :

- pot fi induse de subiect, dorite şi acceptate de el, fiind un rezultat al propriilor inițiative şi eforturi;

- pot fi induse de alții, dar cunoscute de subiect ca derulându-se, eveniment la care se poate opune cu sau fără rezultate;

- poate apare cu totul neaşteptat pentru subiect, situaţie care-l surprinde, la care se opune şi împotriva căreia luptă, pentru a-i minimaliza consecinţele negative; sau pe care o acceptă ca atare.

Desigur, există şi variante intermediare. Oricum, subiectul, prin personalitatea sa – care include structura caracterială, abilităţile, proiectele, structura sa morală. – poate interveni în aceste situaţii. In unele cazuri, el poate fi, într-un fel, co-autor la cele ce se întâmplă. Victimologia studiază cum în situaţii medico-legale de multe ori victima este cea care provoacă insistent pe viitorul agresor până când acesta ajunge la disperare şi acţionează. De aceea, în perspectiva cantitativă, în funcţie de tipul de personalitate întâlnim oameni cu multe schimbări de viaţă şi multe evenimente – cum ar fi persoanele histrionice şi borderline, şi persoane cu puţine evenimente şi schimbări de viaţă, aşa cum sunt schizoidul sau evitantul.

Eşecul. Este vorba, în acest caz, de neîmplinirea unui proiect în care subiectul a fost angajat. Spre deosebire de precedentele situaţii, caracteristic este faptul că „nu se întâmplă nimic" din punct de vedere exterior. Adică, nici un eveniment sesizabil de alţii, nici o modificare exterioară în statutul şi rolul său social. Ceea ce se petrece este trăit în plan interior, în sensul că, dorinţa şi speranţa care au animat un proiect de acţiune se văd anulate prin nereuşita din final. Exterior, persoana rămâne în aceeaşi stare în care a fost înainte, fără „nici o schimbare de viaţă". Dar tocmai această stagnare crează o nemulţumire interioară, o situaţie de stres subiectiv, care poate creşte vulnerabilitatea prin scăderea stimei de sine, prin continua frământare interioară. Eşecul poate fi resimţit şi dacă schimbarea de viaţă proiectată sau acceptată s-a produs, dar rezultatele ei nu corespund aşteptărilor. De exemplu, o căsătorie nereuşită, intrarea într-o profesie ce se dovedeşte ca

neconformă cu ceea ce subiectul se aştepta, mutarea într-un loc de muncă nou ce se dovedeşte neprielnic, plecarea într-o altă țară ce nu aduce nimic bun subiectului şi celor apropiați. Eşecul este similar unei pierderi dar într-un sens special : pierderea a ceea ce ai sperat, ai fi dorit să obții.

Schimbarea de viață şi eşecul intră într-un alt registru temporal decât psihotrauma circumstanțială, fiind vorba de „perioade de viață" în care subiectul se angajează şi pe care încearcă să le parcurgă în conformitate cu un anumit scop şi sens. Psihotrauma şi schimbarea de viață se pot combina, în sensul de a se petrece concomitent. De exemplu pierderea bruscă şi neprevăzută a unei persoane iubite, situație care, după primul moment psihotraumatizant, condiționează o schimbare de viață semnificativă.

Eşecul poate avea şi un sens mai general atunci când subiectul face bilanțul unui lung drum de viață sau a întregii vieți. În acest caz se poate corela cu pierderea sensului existențial.

Frustrarea se referă la nesatisfacerea unei dorințe, pulsiuni, nevoi sau pretenții legitime. „Legitimitatea" îşi are, pe de o parte, sursa în biologie. Dar, pe de altă parte, în psihologia developmentală, în psiho-sociologie, socio-cultură, şi, în cele din urmă în structura motivațională proprie persoanei. Frustrarea poate fi circumstanțială, prelungită sau cronică. Aria situațiilor umane în care persoana se poate simți frustrată, pe diverse termene şi cu diverse semnificații, este extrem de vastă. Din perspectivă developmentală se poate înregistra ceea ce s-a numit generic „frustrarea de mamă" a sugarului în cazul în care el nu beneficiază de ofertele etologice esențiale ale maternajului. Apoi, de sărăcia stimulilor care să permită o normală dezvoltare în primii ani de viață. Frustrarea de afecțiune sufletească, de încredere şi respect din partea altora e valabilă pe parcursul întregii vieți, a adolescenței, a vârstei adulte şi înaintate. Se mai pot menționa : frustrarea

de raporturi sexuale satisfăcătoare între parteneri maritali; frustrarea de drepturi civile, cea de recunoaştere publică a calităţilor unei persoane printr-o „conspiraţie a tăcerii” ş.a.m.d. Problema frustrării e strâns corelată cu o serie de caracteristici individuale, ca dorinţele, nevoile şi pretenţiile, considerate legitime de către subiect, acestea diferind mult de la o persoană la alta.

Atât eşecul cât şi frustrarea sunt corelate cu evaluări; evaluarea propriilor capacităţi, a situaţiei, a legimităţii pretenţiilor. Uneori anormalitatea se plasează chiar la nivelul mecanismlui de evaluare, fapt ce poate conduce la repetate eşecuri şi frustrări.

Conflictul interpersonal trenant. Acesta se referă la starea de tensiune şi conflict constant ce e prezentă între persoane care sunt angrenate în structuri sociale definite, care presupun convieţuirea, aşa cum ar fi familia, locul de muncă, de habitat. În principiu obligaţia de convieţuire ar putea fi oricând abolită dar în fapt acest lucru e dificil, sau practic imposibil. In chiar cadrul menţionat individul are, bineînţeles, o anumită „libertate de mişcare”. În perspectivă psihopatologică e de evaluat cât de intense şi prelungite sunt stresurile conflictuale ce rezultă din astfel de relaţie, dacă ele se desfăşoară în mai multe arii - familie, locuinţă şi vecinătate, muncă - şi astfel se cumulează, ce strategii de „coping” a dezvoltat persoana în raport cu aceste influenţe negative, cum se corelează ele cu ceilalţi stresori, cu tipul de personalitate şi cu contrabalansarea pe care o pot asigura satisfacţiile şi reţeaua socială. Uneori, stresul poate fi cantonat la relaţia cu o unică persoană, având un anumit dinamism, perioade de creştere şi descreştere, fapt ce ţine de domeniul psihopatologiei relaţionale. Alteori aceeaşi persoană poate fi sursă de stres dar şi de satisfacţii sau de protecţie.

Conflictul intrapsihic. Acesta a fost invocat clasic de psihanaliză ca un conflict structural şi inconştient care face ca omul să nu se simtă solidar cu sine, sub semnul unei culpabilități generice. El poate fi trăit şi preconştient sau conştient prin raportarea la evenimente biografice pe care subiectul nu le integrează convenabil în structura sa sau cu care nu este de acord. Mai ales culpabilitatea şi evenimentele care subminează stima de sine pot juca un astfel de rol. Dar şi compromisurile făcute în viață, cu sentimentul că unele ar fi fost evitabile. Situația compromisului poate fi trenantă, subiectul trăind într-o ambianță socială în care resimte constant şi o stare de eşec şi un conflict intrapsihic şi o nemulțumire de sine.

Epuizarea prin suprasolicitare psihică şi fizică. Aceasta poate rezulta din nopți nedormite, dintr-un program de activitate exagerat, mai ales dacă nu e propriu asumat şi nu e urmat de satisfacții; fapt ce se apropie de regimul psihologic al frustrării. Epuizarea se poate cumula de-a lungul anilor printr-un stil particular de viață, marcat de sentimentul datoriei de împlinit şi lipsit de relaxare, de odihnă, de concedii, cu supralicitarea efortului pentru o performanță mereu maximă. Sau poate rezulta din autosuprasolicitarea unei persoane ce doreşte să obțină performanțe ce depăşesc capacitățile sale.

Se poate menționa existența unor stresori ce acționează prelungit, care pot fac parte parțial din categoriile deja menționate, dar pot avea şi alte caracteristici. Astfel este o copilărie sau o căsătorie nefericită, o profesie în contradicție cu aptitudinile şi dorințele subiectului, lipsa de resurse materiale, prezența într-o familie a unui copil cu handicap sau a unei persoane ce necesită îngrijiri şi supraveghere permanente, o boală algică prelungită, frustrări socio-politice constante. În general, e vorba de perioade de viață lipsite de satisfacții şi împliniri, marcate în mod continuu de neajunsuri, efort şi de suferință.

Învățările patologice. În cursul ontogenezei subiectul achiziționează o suită de abilități şi competențe care îl definesc ca persoană umană în general dar şi ca individ determinat, cu particularități specifice. Această achiziție se face prin diverse modalități de învățare în raport cu disponibilitățile specifice pe care le validează maturarea encefalului şi cu ambianța umană proximă. Învățările naturale din cursul ontogenezei pot fi distorsionate de factorii ambientali ce acționează în diverse perioade de viață. Faptul se referă la modelele comportamentale dar şi la cele de atitudine, relaționare, evaluare de sine şi asertare, evaluarea altora şi a semnificației diverselor situații. Mediul poate selecționa şi fixa anumite aspecte psihologice, prin stimulare, premiere, rejectare, ignorare. Dar şi prin identificarea copilului cu părinții, prin imitare, obişnuință, habituare. Toate modalitățile de influențe psihosociale negative pot să influențeze prin învățare şi fixare, reactivitate şi în cele din urmă vulnerabilitatea subiectului. Doctrinele psihopatologice au avut în vedere în mod constant acest aspect, fapt subliniat mai ales de comportamentalism şi cognitivism.

Influențele psihosociale, ce au fost menționate se cer evaluate în perspectiva diacronă a biografiei, a cumulării în timp a celor trăite şi învățate; precum şi a eventualei lor agregări circumstanțiale. Putem imagina şi constata situații în care, într-o perioadă delimitată de timp, să spunem 6 luni, se cumulează eşecuri, schimbări de viață semnificative, psihotraume, epuizări. Precum şi situații în care, de-a lungul biografiei, se cumulează intermitent şi se articulează subteran multiple psihotraume cu aceeaşi semnificație, schimbări şi situații de viață particulare, eşecuri, frustrări, conflicte constatate în ambianța existențială şi conflicte intrapsihice. Pentru fiecare caz e semnificativ să se înregistreze ceea ce s-a petrecut în trecutul imediat şi ceea ce grevează biografia. Elementele faptice se cer, desigur,

supuse interpretării. Ceea ce dorim să subliniem, la acest nivel, este faptul că evenimentele de viață stresante au mai multe paliere de analiză, polii extremi fiind biografia şi ceea ce s-a petrecut recent.

7.5. Conceptul de vulnerabilitate în psihopatologia clinică

Ideea vulnerabilității s-a dezvoltat în psihopatologie în paralel cu recâştigarea importanței "terenului" în medicină şi psihiatrie. Vechea medicină hipocratico-galenică se baza pe o concepție holistă şi umoralistă care acorda preeminența terenului. Medicina ştiințifică ce s-a impus în a doua jumătate a sec.XIX odată cu şcoala lui Wirchow a pus accentul pe leziunea organului. Totuşi ideea integralist holistă a persistat în psihopatologie şi în perioada de cumpănă dintre sec.XIX şi XX prin doctrina degenerescenței, a stigmatelor şi a "constituțiilor morbide". In sec.XX medicina a recâştigat progresiv accesul la o concepție integralist holistă a importanței terenului, prin descoperirea factorilor imunitari, prin endocrinologie şi nevrism. Iar apoi, prin progresele geneticii. Concepția vulnerabilitate/stress în psihopatologie se înscrie în această paradigmă ştiințifică. În plus, psihopatologia avea în față dificila problemă a "determinismului endogen", mai ales în domeniul psihozelor. Nucleul nosologic al psihopatologiei format din tradiționalele psihoze şi nevroze, nu este explicabil etiopatogenic decât în marginile sale prin factori psiho-sociali sau organici, care intervin direct. Se cere acceptat un plurideterminism etiopatogenetic, ce se cumulează în timp, idee netezită de implicarea personalității atât ca structură cât mai ales ca ontogeneză biografică. Ontogeneză ce cuprinde şi istoria biologică, de la concepție până la prezentul avut în vedere. În prezent această perspectivă e studiată de p.pt.d.

Vulnerabilitatea este un concept euristic, care nici în prezent nu e clar definit operațional, dar susține programe de cercetare şi reprezintă un centru de acumulare a unor date ce rezultă din cercetări empirice şi teoretice. De asemenea reprezintă un reper de comprehensabilitate pentru constructul teoretic al etiopatogeniei psihopatologice.

Rolul factorilor genetici în apariția stărilor psihopatologice este ferm stabilit în prezent, pentru unele cazuri cunoştințele fiind destul de avansate. Legătura endofenotipiei se cere însă cât mai mult nuanțată.O observație empirică bine stabilită şi tot mai nuanțată este faptul că multe persoane sunt predispuse pentru o anumită zonă de patologie, fără a prezenta o tulburare mentală clinică în cursul vieții. Faptul este în prezent ca şi demonstrat pentru anxietate, depresie, bipolaritate, impulsivitate, addicție. Aceste persoane pot face parte dintre rudele celor bolnavi efectiv. Ele pot prezenta doar particularități temperamentale sau episoade subclinice. Despre toate aceste persoane se poate spune că sunt mai vulnerabile pentru respectivele tulburări, că prezintă o "diateză" anxioasă, depresivă, bipolară, addictivă, că fac parte dintr-un "spectru" maladiv etc. Legătura între vulnerabilitatea de fond şi un episod psihopatologic sau o tulburare psihică, o fac de obicei stresorii actuali, între care un rol important îl joacă influențele psihosociale. Deşi, o serie de tulburări psihice apar în condițiile unoe solicitări stresante minime sau neevidente, ca o "ruptură", ca o "catastrofă" cu actualizează brusc influențe ce s-au cumulat progresiv. Conceptul de vulnerabilitate ridică însă multiple probleme.

Tema vulnerabilității a fost introdusă în comentariul psihopatologic de către Zubin şi Spring, (1977) cu referință la schizofrenie. Intervenția factorilor genetici este în această tulburare dovedită, dar ea nu este singura ce condiționează vulnerabilitatea. Se au în prezent în vedere noxele fizico-

biologice din perioada intrauterină, perinatală şi postnatală, care pot influența migrația neuronală şi formarea conexiunilor interneuronale. Pe această cale şi prin alte influențe neurodevelopmentale, de maternaj şi comunicare intrafamilială, se poate ajunge la dezvoltarea fragilă a unor structuri funcționale bazale, ca cel al coerenței centrale şi al mentalizării (ToM). Dacă un copil marcat genetic şi neurodevelopmental creşte Dezvoltarea într-o familie în care există confuzii de roluri şi o comunicare ambiguă, faptul amprentează moduri de raționament şi comunicare particulare. Un temperament inițial pasiv poate conduce la hiperprotecție maternală, fapt ce inhibă şi mai mult dezvoltarea autonom asertivă a sinelui tânărului.

Vulnerabilitatea devine tot mai mare dacă individul nu îşi însuşeşte în cursul ontogenezei abilitățile şi competențele normale. De exemplu dacă el nu ajunge să aibă suficiente abilități de gestionare şi rezolvare (de "coping" cu) a situațiilor problematice şi stresante, dacă nu dezvoltă suficiente ablități de relaționare socială şi în consecință ajunge să aibă o rețea de suport social redusă. Învățările patologice care se fixează, pot şi ele creşte vulnerabilitatea de fond. Şi la fel, repetarea unor experiențe psihotraumatizante.

Achizițiile în asertarea interpersonal socială pot să fie dificile în perioada crizelor de dezvoltare. În aceste perioade creierul trece prin importante transformări Pubertatea dar mai ales adolescența deschide psihismul individual spre opțiuni vaste, solicitându-i o manifestare coerentă de delimitare, de asertare determinată, de "individuație". Cel care s-a format ca o persoană vulnerabilă poate claca cu ocazia crizei adolescentine nedepăşind-o sintetic şi ajungând să manifeste simptome din serie psihopatologică.

Ultimele decenii au adus progrese importante în cunoaşterea disfuncționalității neurotransmisiei cerebrale în diverse tulburări psihopatologice. Astfel, în prezent să ştie că în faza acută a schizofreniei e prezentă o hipersensibilitate dopaminergică în zona limbică; precum şi anumite perturbări în neurotransmisia serotoninergică şi glutamatergică. Dar aceste tulburări din episodul acut au în spate vulnerabilitatea persoanei şi a creierului, care se constituie ca atare printr-un proces cumulativ şi "nonlinear" de-a lungul întregii biografii, pornind de la influențele genetice şi perturbările neurodevelopmentale, până la "ruptura" de tip "catastrofă" din momentul apariției psihozei. Ideea vulnerabilității pe care a lansat-o Zubin a devenit o mare provocare pentru etiopatogenia psihopatologiei clinice.

Începutul este la nivel genetic iar actuala psihopagtologie evoluționistă urmăreşte lunga istorie transgenerațională a selecției diverselor configurații de neurotransmițători în cursul evoluției, modificările ce se pot produce prin cumulare genetică, prin mutații, tulburări de copiere sau by-produse. Dar, psihopatologia evoluționistă mai atrage atenția asupra faptului că unele mecanisme psihologice care au fost la un moment dat în cursul evoluției omului selecționare pentru că erau adaptative, pot să nu mai fie adaptative în noi condiții de mediu, de ambianță. În acest ssens se vorbeşte despre un nivel "ultim" al cauzalității ("ultimate level") diferit de cel ce intervine pe parcursul ontogenezei.

Ideea vulnerabilității a reactivat teme mai vechi ale psihopatologiei clinice, cum ar fi cea a "stigmatelor", ce a fost cultivată la începutul secolului XX, alături de doctrina "constituțiilor morbide". Stigmatele erau atunci căutate în virtutea concepției "degenerescenței" pe care a susținut-o în sec.XIX Morel şi Magnan. În prezent se vorbeşte de "markeri" de

vulnerabilitate. De exemplu pentru vulnerabilitatea schizofrenă s-au invocat, succesiv, ca markeri : - diminuarea abilității de urmărire vizuală a mişcărilor continue (Smooth Pursuit Eye Mouvements); - modificări în potențialul de evocare cortical la prezentarea repetată a unor stimuli; - tulburări de integrare interemisferică; - modificarea în morfologia creerului cu lărgirea ventricolilor laterali; - deficit de filtru atențional şi de procesare a informațiilor în sensul ierarhizării lor. Astfel de markeri ar preceda primul episod şi ar persista interepisodic. Una din problemele ce se ridică este cât de specifici sunt aceşti markeri. De exemplu deficitul de filtru atențional, care se găseşte în tot spectrul schizofren se întâlneşte şi la cei cu tulburare obsesiv-compulsivă. Astfel încât s-ar putea să fie expresia perturbării unui modul psihocerebral mai general.

Problema specificității vulnerabilității nu este tranşată. Până la un punct se poate vorbi de o vulnerabilitate generică pentru tulburări psihice, diferită de vulnerabilutatea pentru cancer, hipertensiune arterială sau boli metabolice. Pe de altă parte se vorbeşte şi de o vulnerabilitate specifică pentru clase mari de patologie : schizofrenă, anxioasă, depresivă, bipolară, obsesiv-compulsivă. Această vulnerabilitate relativ specifică e comentată nu atât în perspectiva unor tulburări limitate ci în cea a marilor clase de patologie ce acoperă de obicei un spectru psihopatologic. Ideea spectrului nu clarifică însă de la început relația dintre vulnerabilitatea specifică, temperament, tulburare de personalitate şi episodul psihopatologic sau o tulburare psihică determinată. De exemplu o vulnerabilitate sau "diateză" anxios fobică poate fi prezentă într-o anumită populație, mai accentuată la unele persoane care au un stil comportamental particular în sensul precauției şi evitării situațiilor anxioase şi reacții hipermetrice la stresori anxiogeni. Dar, cazul persoanelor respective poate să nu fie încadrabil în realitatea şi

etichetarea unei tulburări mintale precizabile nosologic, ca de exemplu cea de personalitate evitantă, anxietate socială, agorafobie, atacuri de panică, anxietate generalizată. Măsura în care vulnerabilitatea pentru anumite episoade psihopatologice presupune în fundal doar o vulnerabilitate identificabilă prin metode speciale, o personalitate particulară cu un temperament şi cu un mod de comportament aparte sau o tulburare de personalitate de un anmit tip categorical, rămâne deschisă. Problema este mult comentată în ultimul timp în legătură cu tulburarea bipolară, pentru care temperamental hipertim pare a fi un marker important.

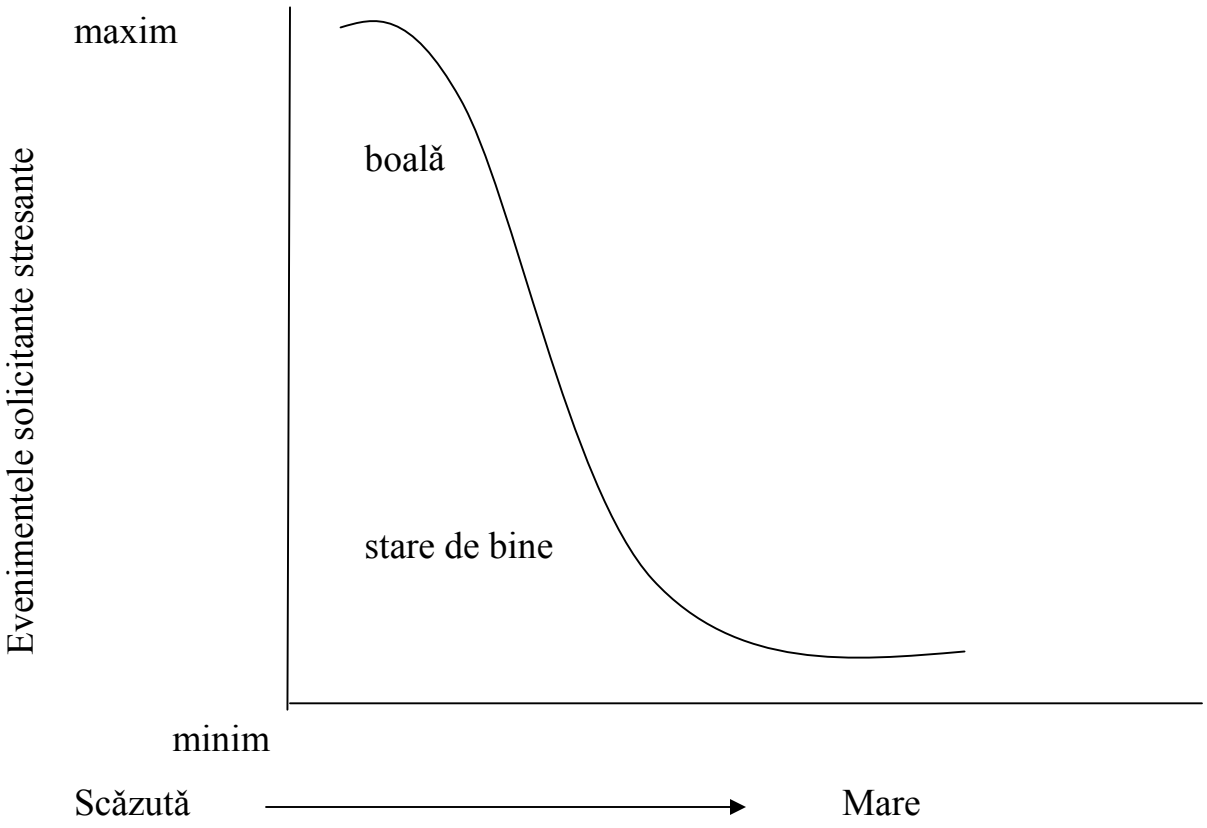
Pe lângă vulnerabilitatea de fond intră în discuție şi oscilațiile în timp ale vulnerabilității. Adică perioada în care ea este crescută şi perioade de relativă nonvulnerabilitate. Acestea pot depinde de factori intrinseci sau extrinseci. Ultimii se pot referi la cumularea e.v. stresante şi oscilațiile rețelei de suport social. Între factorii intrinseci pot fi menționați : - Perioadele critice ale ontogenezei şi ale ciclurilor vieții când se presupune că subiectul e mai sensibil, cel puțin la anumiți stimuli sau stresori, decât în perioadele stabile; - Oscilațiile endotime ale bio-psiho-ritmurilor antropocosmice, fapt intuit deja de Schneider şi Tellembach. De asemenea, desfăşurarea proiectelor de viață, schimbările de viață, perioadele de împlinire, frustrare sau eşesc, pot influența vulnerabilitatea psihică circumstanțială. Toate aceste considerații au nevoie, desigur de o argumentare faptică.

S-a constatat că vulnerabilitatea creşte prin repetarea ep.pt. În cazul depresiei monopolare de exemplu, primul episod se poate produce reactiv cu ocazia unei pierderi importante, al doilea în condițiile unor schimbări de viață sau de dezadaptare, al treilea la o simplă oboseală iar următoarele, aparent fără nici o cauză decelabilă. Creşterea vulnerabilității după ep.pt. se

poate exprima într-o crescută sensibilitate la stresori, în reducerea abilităților de relaționare socială şi drept consecință scăderea rețelei de suport social, în deficiențe de autocontrol şi autoîngrijire. În schizofrenie s-a comentat accentuarea după episoade a capacității de filtrare şi ierarhizare a informațiilor, care inițial poate fi un marker. Dar dacă acesta se accentuează mult, atunci evenimentele obişnuite, problemele curente ale vieții de zi cu zi, pot deveni stresori supraliminari pentru subiect condiționând o nouă recădere. Relația inversă între vulnerabilitate şi stres e prezentată în figura XXXI (după Zuckerman, 1999).

Figura XXIX

Relaţia între evenimentele de viaţă stresante, vulnerabilitate şi tulburare (după Zuckerman, 1999)



*

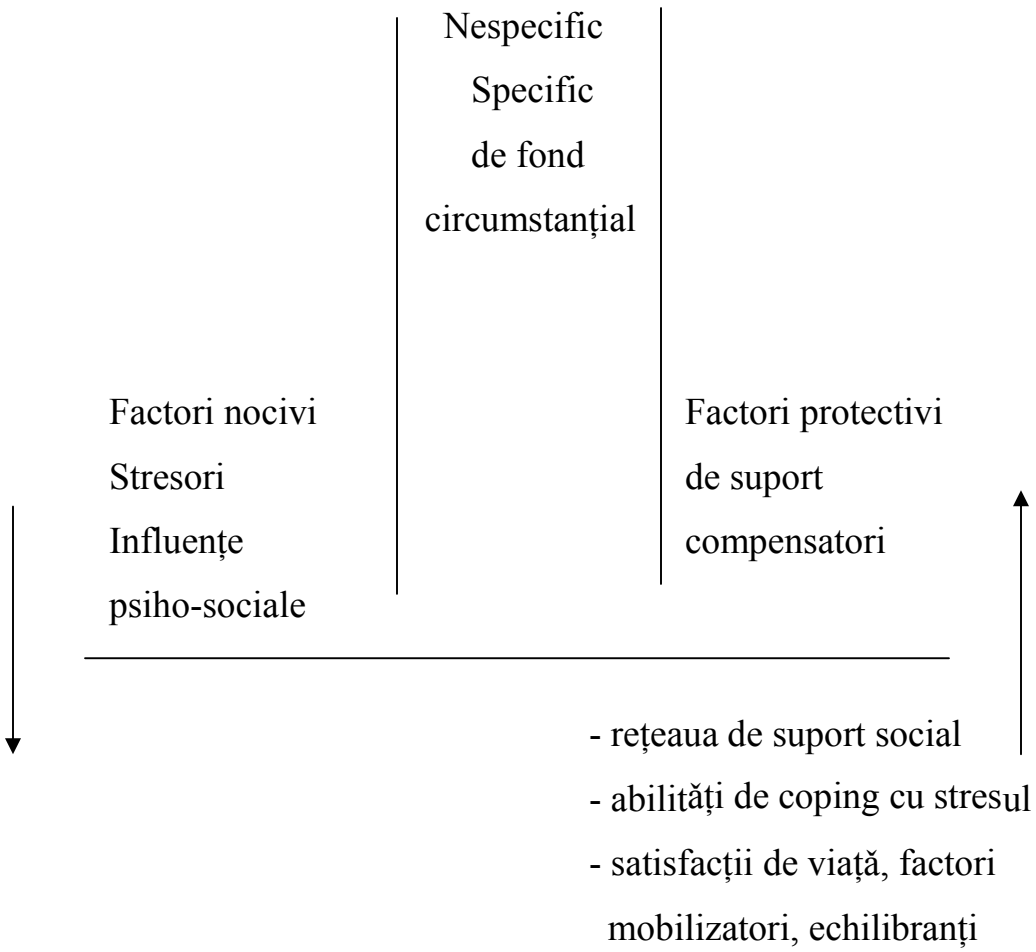
* *

În comentarea vulnerabilităţii un aspect special îl joacă factorii protectivi. Aceştia au fost împărţiţi în resurse personale şi sociale. La acestea s-ar adăuga satisfacţiile de viaţă şi şansele. (Perris, 1987).

Ideea de bază actuală în interpretarea influențelor psihosociale în psihopatologie este cea a echilibrului între factorii nocivi stresanți şi cei protectori, la mijloc fiind vulnerabilitatea de fond şi situațională. Totul ar putea fi figurat prin simbolul unei balanțe. Talerele acesteia pot înclina într-o direcție sau alta.

Figura XXX

Relația între vulnerabilitate, stresori şi factorii protectivi



7.6. Factori compensatori şi protectori

Aceştia variază foarte mult în raport cu vârsta, identitatea socială şi personală, caracteristicile socio-culturale etc. Este deosebit de important ca ei să fie evidenţiaţi şi evaluaţi în fiecare caz dat, deoarece doar raportul dintre suma stresorilor şi cea a factorilor protective anti-stresanţi ne poate clarifica, cât de cât comprehensibil, o situaţie psihopatologică dată.

1. Relaxarea. Aceasta poate fi realizată psiho-corporal prin diverse tehnici (Jacobson, Schultz). Nu trebuie ignorată nici relaxarea normală pe care o realizează omul prin programele de odihnă, somn, relaţii sexuale, alimentare, excursii, plimbări, sport, participări la spectacole şi sărbători, contemplări, receptarea muzicii, distracţii sau tot ceea ce intră la capitolul "loisire". Se cere realizată o evidenţă a raportului dintre angajarea tensionat responsabilă a individului în activităţi care de altfel pot fi tonice şi stimulative şi perioadele de dezangajare din acestea, compensate prin relaxare care crează stări de satisfacţie pentru subiect. Pentru diverse persoane modul de relaxare şi situaţiile care induc satisfacţie regeneratorie sunt diferite. Unele persoane devin vulnerabile prin faptul că nu ştiu să se relaxeze.

2. Satisfacţiile de viaţă. Acestea pot compensa, în mare măsură, stresorii negative. Satisfacţiile pot fi biologice, psihologice intime şi psihosociale, existenţiale. Ele pot fi circumstanţiale, ca rezultând din buna împlinire a unor proiecte şi acţiuni, ca opusul eşecului şi frustrării. Dar şi constante, cum ar fi mulţumirile resimţite zilnic în familie sau la locul de muncă. E de acceptat şi un aspect structural, unele persoane fiind incapabile de satisfacţii şi bucurii; pe când altele potenţează constant aspectul hedonic al existenţei.

3. Sensul existențial. Se poate considera că există, pentru fiecare om, un sens de viață firesc ce nu necesită analize sau comentarii. Totuşi, evenimentele şi situațiile de viață pot conduce la împrejurări în care sensul existenței să-şi piardă din consistență, să fie problematizat sau să dispară. Acest fapt se petrece de obicei după pierderi şi eşecuri semnificative sau cumulate când lipsesc solicitările şi aprecierile firești celor care contează pentru subiect, fapt ce conduce la scăderea stimei de sine, a apariției sentimentului lipsei de rost. Considerată în sens global şi absolut, problema sensului existențial este insolubilă. Ea poate prinde cheag doar în relație cu probleme, situații, acțiuni şi interacțiuni umane concrete. Esențială e angajarea subiectului în proiecte cu sens, realizabile şi care decurg pozitiv. E firesc ca, creativitatea, prin sentimental de împlinire de sine pe care îl realizează, să fie şi ea un factor de nonvulnerabilitate.

4. Abilitățile social-pragmatice. Existența oricărei persoane se derulează, dintr-un anumit punct de vedere, prin rezolvarea unui ansamblu de situații problematice, care se pot intersecta şi suprapune, din punct de vedere al amplorii desfăşurării. Pentru a rezolva probleme efective, practice, subiectul trebuie să poată realiza o evaluare corectă a situației, să-şi formuleze obiective posibil de atins, în raport cu resursele de care dispune şi la care poate apela. Toate acestea presupun capacitatea de a realiza o strategie de acțiune şi de a o transpune în practică. Un aspect important este cel al capacității de relaționare socială în vederea realizării de parteneri şi susținători ai proiectului avut în vedere. Cu cât relaționarea socială în această direcție este mai performantă, cu atât rezultatul poate fi mai bun.

Abilitățile social pragmatice, capacitatea de a rezolva probleme implicând mai mult sau mai puțin pe alții – de la probleme tehnice la probleme sociale – este atât un aspect al vieții de zi cu zi cât şi unul al

“situațiilor de criză”. Ambele interesează în cel mai înalt grad psihopatologia clinică.

5. Rețeaua de suport social. Orice persoană, la diverse vârste ale existenței sale, se află în relații relativ stabile cu alții. Pentru adult, considerat ca un cadru de referință, se poate face distincția între : - contactul interpersonal; - relația interpersonală; - legătura interpersonală. Ultima e mai stabilă, mai „adâncă” sufleteşte şi presupune afectivitate. Adică faptul că celuilalt îi pasă de subeict, „rezonează” împreună cu el la evenimente pozitive şi negatice. Un subiect poate fi în relații şi legături interpersonale mai mult sau mai puțin constante (stabile, intime) cu alții, care fac parte din diverse arii existențiale; - familia de origine şi familia proprie; - colectivul în care individul îşi desfăşoară educația, studiile, munca: - relațiile cu vecinii; - relațiile sociale în sens mai larg, ținând de prietenie, activități politice, religioase, de hobby. Se consideră că un subiect are un număr limitat de persoane cu care se află în relație (legătură) directă = rețeaua socială de gr.I, făcând parte din ariile menționate şi ridicându-se, în medie, la 10-20 persoane. Cu acestea se întâlneşte frecvent, față în față, desfăşurând toate caracteristicile unei legături sufleteşti notabile. În afara acestora, fiecare persoană mai are şi relații mai puțin directe (de gr.II), care constau din cunoştințele (şi persoanele apropiate) ale celor cu care se află el însuşi în raportare directă. Relațiile sociale de gr.III ar fi cele ale unor persoane pe care subiectul nu le cunoaşte direct, dar la care are un acces uşurat prin rețeaua sa socială, de rangul I şi II. Ideea rețelelor sociale concentrice care gravitează în jurul unei persoane sugerează metafora „câmpului”, prin comparație cu câmpul gravitațional. Rețeaua de gr.I, cea a legăturilor directe, trainice şi pe care te poți sprijini, ar fi cea mai aproape de nucleul acestui câmp. Metafora trebuie să țină seama de dubla perspectivă, obiectivă

şi subiectivă ce intră în joc. În perspectiva subiectivă persoana se poate simți legată de unele persoane care-l ignoră sau de ființe imaginare.

Pentru psihopatologie are importanță rețeaua de suport social (r.s.s.). Aceasta e constituită de obicei din persoane din rețeaua primară (rangul I) care se preocupă de/ şi acordă un sprijin real persoanei aflate în dificultate. Sau cel puțin subiectul e convins că acestea procedează sau vor proceda astfel. Asepctul subiectiv e important, încrederea subiectului în faptul ca alții l-ar putea sprijini constituie ea însăşi un suport psihologic. Între situațiile dificile care pot constitui motive de ajutor se înscriu: o pierdere importantă de bunuri sau bani, un conflict major, concedierea, un accident, criza familială, descoperirea unei infidelități, apariția unei boli grave în familie, neplăcerile unei rude apropiate, propria îmbolnăvire etc. Suportul social, (Gottlieb, 1982) pe care-l pot acorda alții, poate fi (după conceptualizarea lui Veil, 1985) instrumental şi afectiv. Suportul instrumental se referă la sprijinirea în rezolvarea problemelor practice ale vieții curente. Cel afectiv se referă la faptul de a se plasa în situația de apropiere, comprehensiune, dialog şi susținere morală, de încurajare, a celui aflat în dificultate. Un aspect special al acestui suport afectiv îl constituie „intimanța", realizarea unei situații psihologice în care subiectul suferind simte că are în apropierea sa o persoană de încredere şi fidelă. (Sarasson, 1983). Aceste relații pot creşte nonvulnerabilitatea subiectului, îl pot face să reziste mai mult la variați stresori. Pe de altă parte, s-a demonstrat că r.s.s. joacă, pentru individ, un rol de filtru al stresorilor, atât în perioada infanto-juvenilă, cât şi la adult sau la vârsta a treia. R.s.s. are un important rol în prognosticul tulburărilor psihice. Ea depinde, parțial, de caracateristicile persoanei premorbide. Dar, pe de altă parte, poate fi influențată de episoadele psihopatologice prin reducerea progresivă a capacității de relaționare, cât şi prin stigmatizarea ce

rezultă din situația de bolnav psihic. Ep.pt. reduce r.s.s., iar acest fapt vulnerabilizează persoana pentru un nou ep.pt. Faptul s-ar adăuga altor factori prin care ep.pt. creşte vulnerabilitatea, cum ar fi fragilizarea sistemelor de neurotransmisie. Vulnerabilitatea de fond poate fi compensată sau mascată prin factori psihosociali. Aşa ar fi de exemplu factorii familiali şi/sau sociali din nişa ecologică proprie. Şi la fel, un statut social – de exemplu- profesional – care să convină particularităților caracteriale ale persoanei, subiectul identificându-se cu rolul său, fapt ce-i aduce satisfacții, stima de sine, relații şi rețea socială crescută. O astfel de mascare a vulnerabilității, prin identificare cu rolurile sociale, a fost exemplar analizată de Tellembach şi de Kraus, în legătură cu „tipus melancolicus", persoană ataşată excesiv de ordine, datorie şi muncă. Identificarea persoanei cu rolul social poate conduce la bune performanțe sociale. Respectarea de către el a tuturor normativelor sociale îl poate pune în situația de a fi considerat, dinspre exterioritatea societății, ca „hipernormal". De fapt, o astfel de persoană e, de obicei, deficitară psihic, fiind lipsită de spontaneitate, de imaginar, neputând suporta şi depăşi sintetic, creator situațiile ambigue, nereuşind relații interumane intime, lipsindu-i capacitatea de a aprecia sărbătorile, jocul şi, în general, capacitatea de a se bucura. Kraus (1987) a introdus conceptul de"nomopatie", în sensul că, omul aparent hipernormal (supus excesiv normalor sociale) este un om, în fond, slab, vulnerabil. Schimbările, uneori inevitabile, ce se petrec în cursul vieții, pot face să cadă masca acestui suport pe care pe care-l constituie rolul social şi de care subiectul vulnerabil s-a ataşat, în spatele cărora „s-a ascuns" şi să apară un episod depresiv sau anxios. O situație, până la un punct, apropiată de precedenta este cea a copiilor ce se doresc mereu premianți, mereu doar de nota 10, situație în care sunt valorizați, vulnerabilitatea fiind mascată tot de

performanță. Vulnerabilitatea este uşor de descifrat dat fiind faptul că note ceva mai mici sunt resimțite ca o frustrare, ca un atentat la stima de sine. O altă situație de mascare prin compensare o întâlnim în cazul unei persoane nesigure de sine, predispusă la anxietate şi fobie socială, care trăieşte lângă un partener puternic ce rezolvă toate problemele curente ale vieții şi induce partenerului sentimentul protecției şi siguranței; dispariția acestei persoane protectoare aduce la iveală vulnerabilitatea anxioasă ce era până atunci mascată.

Tema existenței unor factori compensatori ai vulnerabilității se înscrie într-o idee mai largă a înțelegerii de către OMS a disabilității, sănătății şi funcționării. In manualul CIF publicat în 2001 se au în vedere ca factori ce pot influența disabilitățile – inclusiv în bine, compensator – factorii de mediu şi cei personali. Între factorii de mediu sunt menționați : - produse şi tehnologii (de uz personal, de comunicare, pentru educare, cultură etc.); - Mediul natural; - Sprijin şi relații (familie, prieteni, cunoştințe, persoane necunoscute, profesionişti în domeniul sănătății etc.); - Servicii, sistem, politică. CIF se referă însă la persoane care au deja disabilități diagosticabile, ca şi consecință a unor boli care au dus la afecțiuni psihocorporale, la limitarea unor acțiuni şi activități specific umane; şi în final la deficite de integrare şi participare la viață socială. Vulnerabilitatea este însă, în principiu, o stare de dinainte de boală, de tulburare şi de apariția unui handicap definit. Totuşi, ideea unor factori protectivi şi compensatori funcționează şi la acest nivel, în sensul contrabalansării acțiunii stresorilor şi menținerii unui echilibru psihic.

7. 7. <u>Perspectiva biografică a influențelor psiho-sociale</u>

Psihopatologia a înțeles, de la începutul dezvoltării sale că istoria biografică este o cheie a înțelegerii persoanei, în perspectiva sa normală şi

anormală. Tema înțelegerii biografice este însă extraordinar de complexă. Psihanaliza a avut în vedere relațiile nou-născutului şi copilului mic cu părinții în primii ani de viață ca posibili factori de vulnerabilizare, cu rol important în etiopatogenie. Actualul cognitivism pune şi el accentul pe învățările distorsionate din prima copilărie. Diverse analize psihopatologice au căutat bazele etiopatogenetice ale tulburărilor mintale în influențele relaționale, educative, formative ale copilului, mai ales din primii ani de viață. Ulterior, atenția s-a concentrate asupra unor perioade mai îndelungate ale biografiei, incluzând principalele evenimente ale acesteia, atât cele care țin de ciclurile normale de viață cât şi de evenimente deosebite. Abordarea familială sistemică a psihopatologiei, mai ales în intențiile sale psihoterapeutice, a analizat perioadele formative ale copilului în contextul complexelor interrelații familiale. Sistemul de foaie de observație standardizată AMDP încearcă să cuprindă într-o matrice principalele evenimente semnificative din istoria unui pacient. Un inventar biografic detaliat este însă extrem de dificil.

Sistemul de diagnostic ICD-10, capitolul F pe axe propune şi el o variantă, indicând ca pe axa III să fie trecute probleme ale existenței indicate prin codurile Z. Dintre acestea sunt selecționate următoarele:

- Probleme corelate evenimentelor negative în copilărie Z 61-61
- Probleme corelate învățământului şi educației Z 59
- Probleme corelate grupului de suport primar incluzând circumstanțele familiale Z 63
- Probleme corelate ambianței sociale Z 60
- Probleme corelate locuirii şi circumstanțelor economice Z 54
- Probleme corelate muncii angajate şi şomajului Z 56

- Probleme corelate ambianței fizice Z 57 - 58
- Probleme corelate unor circumstanțe psihosociale Z 64
- Probleme corelate circumstanțelor legale Z 65
- Probleme corelate istoriei familiale de boli sau disabilități Z 81 - 82
- Probleme corelate stilului de viață şi dificultăților de management ale vieții Z 72 – 73

Sugestiile sistemului de diagnostic pe axe a ICD-10 acoperă aspecte importante ale biografiei persoanei. Dar, aşa cum e inevitabil într-un sistem standardizat, nu asigură o procedură care să specifice momentul sau perioada de viață la care respectiva problemă se referă. Oricum, acentul este pus pe influențele de durată din familie, pe cele educative, şcolare, de la locul de muncă, din ambianța socială proximă. Evenimentele secvențiale sunt avute în vedere mai ales în perspectiva schimbărilor de viață şi readaptării la noi condiții. Astfel, ceea ce era conceput ca "psihotraumă" sau eveniment de viață înalt semnificativ în psihopatologia clasică germană, se estompează pe fundalul ambianței care influențează cursul vieții, aşa cum sugera deja Petrilowitsch. Evenimente deosebite cum ar fi de exemplu moartea unei persoane apropiate, a unui membru al familiei sau un eşec şcolar, o disponibilizare la serviciu etc., sunt şi ele încadrabile în liniile de desfăşurare a unor cicluri de viață. Evenimentele realmente neprevăzute şi stresante sunt abordate ca o excepție

Comentariul din sistemul de diagnostic pe axe ICD-10 şi a sistemului IGDA a lui Mezzich (2003) care-l dezvoltă, este interesant deoarece sugerează o concentrare a ariilor problematice în care se desfăşoară

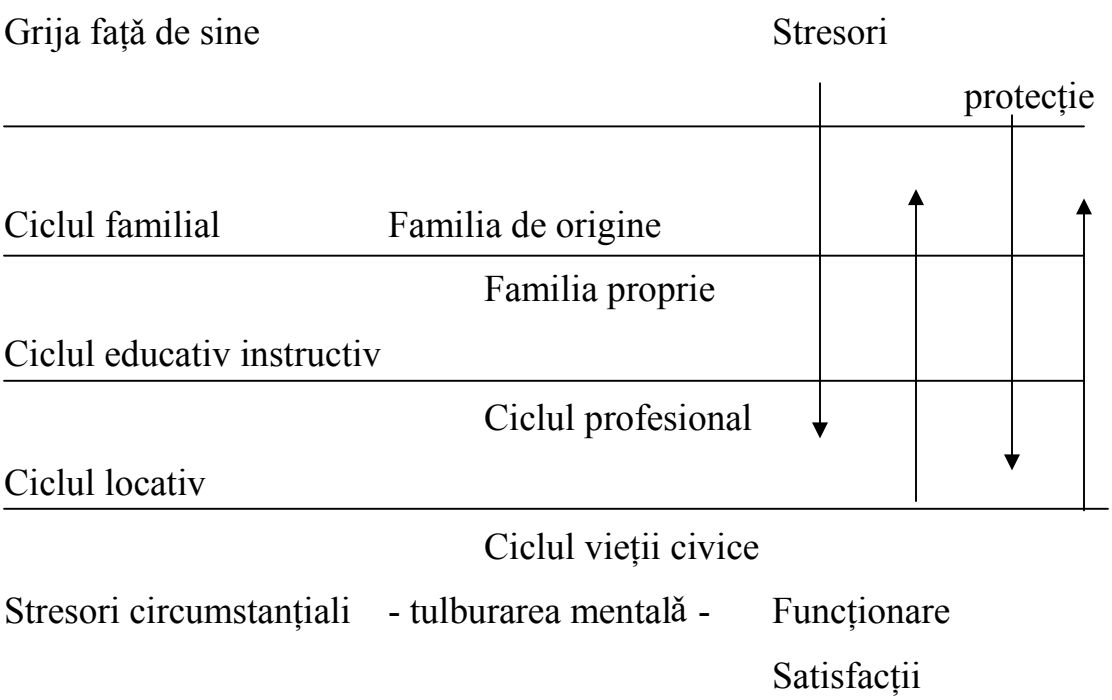
evenimentele de viaţă realmente importante în biografia unui om. Pe axa II a sistemului de diagnostic respectiv sunt avute în vedere pentru o evaluare actuală a disabilităţilor, principalele arii de funcţionare psihosocială ale persoanei care se reduc la 4 domenii: - îngrijiri personale; - ocupaţia, incluzând activităţile de studiu, de activitate în gospodărie sau muncă remunerată; - familia şi funcţionarea în context familial, parental, rude etc.; - funcţionarea în context social apropiat. Dacă se compară ariile de evaluare a funcţionării performante cu cele din care se consideră că pot apare principalele influenţe psihosociale negative, se constată că sunt în principiu aceleaşi. De fapt şi diagnosticul pe axe DSM-IV identifică aceleaşi zone ale posibililor stresori psihosociali, diagnosticabili pe axa IV; şi care sunt : - probleme cu grupul de suport primar; - probleme corelate ambianţei sociale; - probleme educaţionale; - probleme ocupaţionale; - probleme locative; - probleme cu serviciile de sănătate; - probleme de interacţiune cu sistemul legal.

Faptul că aceleaşi mari domenii ale vieţii – ale ciclurilor vieţii – sunt cele în care se manifestă competenţele şi cele din care derivă cele mai frecvente evenimente de viaţă stresante, este completat de faptul că tot acestea sunt ariile din care provine reţeaua de suport social şi în care se realizează principalele satisfacţii, se desfăşoară parametrii calităţii vieţii sau se exprimă nevoile pacientului. Privind astfel lucrurile, biografia poate fi analizată prin desfăşurarea în paralel a câtorva cicluri ale vieţii pe care cursul existenţei personale – aşa cum îl concepea Erikson şi Levinson – le centrează. Această centrare poate fi comparată cu centrul unui câmp gravitaţional. E vorba de ciclul familial – al familiei de origine şi a celei propriu constituite – de ciclul educativ instructiv şi cel al manifestării în profesie, de ciclul locativ, al locuirii în intimitate care se polarizează cu

existența civică, publică. În toate aceste zone există relaționări sociale importante pentru subiect. O boală somatică sau psihică le implică pe toate, are răsunet în toate aceste linii paralele ale ciclurilor vieții.

Figura XXXI

Interferențe între ciclurile vieții în biografie şi tulburarea mentală



Toate aceste cicluri paralele ale vieții pot fi deci surse pentru :

- Formare, dezvoltare, împlinire, satisfacții, sens existențial, calitate a vieții, fericire;
- Protecție, legături semnificative, grijă, suport, susținere;
- Zone de manifestare a abilităților, competențelor, talentelor, creativității;
- Surse de frustrare, eşecuri, pierderi, schimbări de viață cu semnificație pozitivă sau negativă, surse de solicitări excessive, de psihotraume;

Diversele influențe psihosociale sau manifestări de viață relaționale se pot potența în bine sau rău, se pot compensa. Multe influențe pot fi prin ele însăşi minore, dar cumulate în timp şi potențate de influențe ce vin din zona

altor cicluri, pot duce la cumulări progresive în cadrul "câmpului existențial" centrat de subiect. Astfel încât la un moment dat un eveniment aparent minor să producă o fisură sau o ruptură. Ideea ar putea fi urmărită până la un punct în conformitate cu modele matematice care au fost utilizate cu success în fizică, biologie sau sociologie, aşa acum ar fi "determinismul nonlinear" şi "teoria catastrofelor". Problema necesită atenție deoarece, de când s-a renunțat la conceptual vag de determinism "endogen" psihopatologia caută modele pentru determinismul unor tulburări care aparent se instalează fără o cauză actuală "evidentă". Doctrina vulnerabilitate/stres poate fi o sugestie în acest sens, mai ales dacă se are în vedere şi "determinismul nonlinear" ce se manifestă în "câmpul" pe care-l formează în jurul persoanei liniile paralele ale principalelor sale cicluri de viață.

Doctrina vulnerabilitate/stress este îndreptată în direcția etiopatogeniei. Ea urmăreşte condițiile care favorizează apariția unui stress psihopatologic. Dar, această perspectivă, chiar atunci când identifică factorii determinanți, nu poate da socoteală de însăşi ansamblul manifestării patologice, a structurii şi conținutul acestei manifestări. Aceasta derivă din interioritatea structurii funcționale a psihismului, ca o actualizare distorsionată a unor aspecte ale acestei structuri. În această direcție contribuția importantă a adus orientările evoluționiste, cognitiviste şi fenomenologic a psihologiei.

7.8. Reziliența

„Reziliența" a fost definită ca un fenomen sau proces care reflectă o adaptare pozitivă a copilului în ciuda experimentării unor semnificative adversități sau traume. (Spencer, 2000) Conceptul e supraordonat, presupunându-l pe cel de adversitate şi pe cel de adaptare. Oricum, el se referă la raportarea individului față de influențele psihosociale negative intense şi persistente. Alte probleme conceptuale conexe se referă la : -

adaptarea de moment şi cea tardivă, ce rezultă din dezvoltarea ontogenetică, - înțelegerea factorilor de risc, cei ce conduc la vulnerabilizare şi a factorilor protectori, intrinseci şi extrinseci, pe termen scurt şi pe termen îndelungat, - relațiile dintre vulnerabilitate, competențe şi psihopatologie, - evaluarea dezvoltării persoanei prin măsurarea unor parametrii în diverse circumstanțe şi momente.

Conceptul de reziliență s-a dezvoltat după anii 70 ai secolului XX, în aceeaşi perioadă în care s-a conturat şi cel de vulnerabilitate. Studiind copii schizofrenilor Garmezy (1974) a întâlnit printre aceştia unii care aveau, în mod surprinzător, un nivel înalt de adaptabilitate. Antony (1974) a descris un grup de copii „invulnerabili" care rezistă la manifestările psihopatologice ale părinților, față de care au chiar compasiune. La fel Rutter (1979; 1985) a descris un grup de copii „rezistenți", ce trăiesc cu părinți bolnavi psihici sau cu comportament neadecvat şi care se caracterizau printr-o înaltă creativitate, eficacitate şi competență. Murphy şi Moriasty (1976) studiind copiii expuşi la repetate injurii intrafamiliale, la moartea părinților etc, au constatat la unii o bună adaptare şi bune competențe; aceştia erau caracterizați prin faptul că relaționau uşor cu alții, aveau capacitatea să experimenteze dar şi să-şi contureze emoțiile şi expresia lor. Toate aceste studii inițiale se refereau la copii din familii cu boli psihice şi probleme majore, fapt ce implica un factor sau o presupusă vulnerabilitate genetică. Şi de asemenea, ele au evidențiat prezența unor competențe speciale la copii rezilienți, competențe care exprimă adaptabilitatea, dar o şi mediază. De aceea în anii 80 s-au lansat proiecte de studiere şi promovare a dezvoltării competențelor în perioada developmentală în ideea că dacă există o vulnerabilitate şi factori de risc ambientali, dezvoltarea competențelor poate fi un factor protector.

Psihiatria şi psihopatologia developmentală ce a început să se dezvolte în aceeaşi perioadă, a luat în considerare situația de expunere a copilului la riscuri ambientale, la situații stresante. S-a stabilit pe deasupra că unele situații obiective se pot constitui în factori protectori care funcționează în cadrul unui proces. Rutter (1987) a arătat că băieții reacționează mai intens la discordia familială; deci a fi fată este un factor protector. Dar pe de altă parte confruntarea cu situațiile stresante, adversive şi de risc exterior, pot fi asistate, pentru ca riscul să se reducă. Copilul poate fi pregătit în fața întâlnirii cu o situație stresantă (de ex. spitalizarea), poate fi susținut în această perioadă (prin prezența unei persoane de încredere), pot fi îndepărtate lanțuri cauzale care să perpetueze factorii de risc, poate fi susținută şi crescută stima de sine a copilului, pentru ca acesta să fie mai rezistent, etc. Se năştea astfel ideea intervenției active pentru a susține reziliența, prin creşterea competențelor şi asistarea celor expuşi.

În urma studiilor efectuate, la sfârşitul sec.XX se conturaseră câteva constatări : - „Locusul" rezilienței este atât în individ cât şi în ambianța proprie (ca factori suportivi), reziliența fiind în esență un proces interactiv. – Reziliența e un proces fluctuant, ea nu se instituie odată pentru totdeauna şi pentru orice eventualitate. – Reziliența nu trebuie evaluată doar după comportament, după performanțele exterioare; se cere ținut cont şi de trăirile interioare ale subiectului. – Reziliența se cere evaluată diferențiat, în funcție de mai multe domenii, şcolar, emotiv, general social, etc.

*

* *

Factorii adversivi pe care i-a luat şi îi ia în considerare reziliența – influențele psihosociale negative, în înțeles de stresori prelungiți, de factori de risc – s-au referit de la început şi tot timpul la ambianță umană proximă, la familie în primul rând. Exemplele tipice au fost: - o familie în care unul din membrii, din părinți, mama în primul rând, suferă de o boală psihică cronică; - familie cu un membru suferind de o boală predominent somatică prelungită, care necesită îngrijire permanentă şi induce o atmosferă psihologică aparte; - abuzul persistent în familie, fizic, psihologic, sexual; - familia dezorganizată cu comportamente aberante, anomice; - familia incompletă sau cu funcții incomplete, frustrantă, cu dolii repetate; - neglijarea educativă intrafamilială şi din mediu proxim, în ambianțe anomice. Toate aceste influențe adversive se exercită o perioadă îndelungată şi au o semnificație negativă deosebită pentru psihismul copilului. Desigur, există specificitate în ceea ce priveşte vârsta la care situațiile adversive acționează asupra copilului.

Caracteristic pentru programele de studiere a rezilienței este faptul de a nu considera aceste aspecte doar în sens global, ci diferențiat. Adică, într-un sistem familial sau de ecologie umană cu probleme, sunt de luat în considerare factori adversivi, factori stimulativi, protectivi sau care permit alianțe ce favorizează dezvoltarea. Abordarea multinivelică a contextului psihosocial, specifică psihologiei developmentale, este una din cheile de înțelegere a fenomenului. Într-un sens similar, abordarea în perspectivă nu doar sistemică ci longitudinală, poate clarifica existența unor factori compensatori, protectivi. Acest mod de abordare susține opinia actuală, că reziliența este un proces fluctuant, care se joacă în permanență prin influențe reciproce cu ambianța, prin alianțe cu aspectele pozitive ale acesteia. Cazurile cele mai reuşite de reziliență sun acelea în care dispozițiile şi

particularitățile pozitive ale individului găsesc un parteneriat pozitiv în câteva „locusuri” cheie ale mediului developmental.

*

* *

Încă din perioada lansării conceptului de reziliență, în anii 70, 80, s-a atras atenția asupra unor factori intrinseci ce favorizează reziliența. E vorba de copii ce au anumite particularități de la început ca : inițiativă, eficacitate, un „locus de control interior” asupra acțiunii, creativitate, bună capacitate de relaționare socială. Aceşti copii au o serie de competențe de asertivitate, au capacitatea dea deține competențele fireşti ale vârstei, pot ajunge la o identitate şi stimă de sine, pozitivă.

Copilul rezilient este activ, spontan, cu inițiativă şi tendințe prosociale, cu o bună capacitate de intuire, de imaginare creativă şi de eficacitate executivă în acțiunile şi reacțiile la care participă. Este vorba de copii care dezvoltă un „locus interior de control” asupra acțiunii. Dar care au şi o spontaneitate interioară în ceea ce priveşte motivația şi inițierea acțiunii, nu doar controlul desfăşurării acesteia. Toate studiile empirice asupra rezilienței au relevat capacitatea de „eficacitate”, de a rezolva pozitiv situațiile, proiectele, lucrurile. Eficiența şi eficacitatea la rândul lor susțin stima de sine, identitatea şi coherența sinelui, asimilarea şi afirmarea competențelor specifice perioadei developmentale, sentimentul identității cu sine şi al autonomiei, în contextul deschiderii spre comunicare şi relaționare interpersonală.

Copii rezilienți dovedesc o bună capacitate de autocontrol a emoțiilor şi pulsiunilor, a emoțiilor sociale în primul rând. Ei trăiesc efectiv emoțiile şi relaționarea socială dar nu sunt dominați de nivelul emotiv şi îşi pot controla expresia emoțiilor. Deci, nu e vorba de copii anafectivi sau fără emoții. O

direcție specială de studiere a copiilor reziliențiarată că aceştia au capacitatea de a simți şi resimți în profunzime relațiile şi raportările interpersonale; ce nu sunt superficiale şi „nu joacă teatru” mimând relațiile sociale, ci sunt „autentici” în trăire. Autentici afectiv, cu umor şi controlați.

La celălalt pol, extrinsec, s-a constatat că rezilienţa e favorizată de o relație bună, sigură de ataşament. Aceasta nu trebuie să fie neapărat cu mama, ci cu o „figură de ataşament”, cu un îngrijitor („caregiver”) semnificativ din cadrul familiei sau un frate sau o soră mai mare care acceptă o poziție psihologică ce are o astfel de semnificație de proximitate psihologică, ce oferă siguranță şi poate fi punct de plecare pentru asimilări reprezentative protectoare. În plus, astfel de persoane de ataşament pot juca un rol important nu doar în perioada dintre 1-3 ani când această relație se constituie, ci şi ulterior. Copiii reziliențiprezintă deci o relație strânsă, stabilă, cu o persoană reprezentativă, securizantă, de încredere, ce asigură un bun parteneriat protectiv.

Pe lângă rolul unei persoane stabile cu valențe de ataşament şi suport – dar şi de confirmare, sprijin, dezvoltare, dialog, alți factori pe care studierea cazuisticii i-au relevat sunt: - Rolul posibil pozitiv al ambianței şi persoanelor din mediul şcolar educativ; Rolul colegilor şi prietenilor („pear”), deci a relațiilor cu persoane apropiate de aceeaşi vârstă; Rolul ambianței socio-culturale, cu valențele ei stimulative dar şi posibil rejectante, frustrante, stigmatizante.

Toți aceşti factori au fost abordați şi într-o perspectivă sistemică, a „câmpului ecologic” cultural, după un model derivat din cel al „câmpului psihologic” teoretizat de Lewin. Abordare care, a permis şi permite şi o abordare concomitentă din perspectivă fenomenologică, în sensul felului în

care subiectul resimte şi înţelege lumea umană în care se dezvoltă. Lume ce poate fi în ansamblu şi în detaliu frustrantă, ostilă, provocatoare, stimulantă.

Într-o perspectivă sintetică reziliența developmentală poate fi caracterizată prin: Un „locus" intern al motivației şi controlului acțiunii, cu spontaneitate, interes, curiozitate, explorare, inițiativă, toate integrate armonic şi bine ținute sub control. Capacitatea de a iniția acțiuni dar şi de a le duce până la capăt cu eficiență şi naturalețe: - Faptul de a se adapta deschis împrejurărilor, situațiilor noi, de a fi maleabil în raport cu circumstanțele; dar în acelaşi timp perseverent şi consecvent cu sine; - O bună imaginație protectivă; - O bună inteligență emotiv practică, în sensul de a rezolva eficient, cu aparență uşurință şi lipsă de strădanie, problemele curente ale vieții de zi cu zi. În această direcție e favorabilă o suficientă creativitate; - O bună capacitate de autoreglare a emoțiilor sociale. Bună disponibilitate pentru relaționarea socială, spre contact şi comunicare, spre căldură afectivă; - Ataşament sigur cu o persoană ce reprezintă o figură de ataşament semnificativă. Acest ataşament e important să funcționeze ca o relație constantă de-a lungul copilăriei cu o persoană aflată undeva în cercul de cunoştințe accesibile; deci, nu e nevoie să fie o persoană neapărat din familie, dar să fie totuşi reprezentativă pentru imagoul unuia din părinți, a unui frate mai mare sau a unei poziții asemănătoare. O stimă de sine pozitivă, constant autoîntreținută. Autonomie crescută. Un nivel crescut de competență mai ales în direcția afirmării, asertării în plan social. O bună empatie, capacitate de relaționare socială, altruism, generozitate. Autenticitate; să răspundă la întrebări dificile cu răspunsuri corecte. Umor, chiar şi în situații dificile. Moralitate crescută (Walin).

Se cere evidențiat că însăşi conceperea rezilienței derivă din înțelesul pe care lumea recentă şi actuală îl conferea omului normal-ideal. Acest ideal de

normalitate, înaintea oricărei idei de copil rezilient, susține că omul, pentru a fi sănătos şi bine sufleteşte, trebuie să fie: - activ, sociabil, performant, eficient, autocontrolat, încrezător în sine, adaptat unor împrejurări variabile, cu inițiativă şi asertiv, etc. Acest ideal de om sănătos şi normal pe care copilul rezilient al zilelor noastre îl urmăreşte şi-l realizează, e diferit de idealul de om sănătos psihic şi normal din culturile de acum un secol, fie ele islamice, budiste sau creştine; Şi e diferit chiar de idealul omului normal de la începutul secolului XX, când a început să se constituie psihanaliza lui Freud. Performanța socială şi succesul ca şi criteriu al normalității reziliente este, în plus, distinctă de creativitatea valoric culturală propriu-zisă.

În prezent sensul rezilienței s-a lărgit, cuprinzând nu doar perioada developmentală ci întreg parcursul desfăşurării existenței persoanei de-a lungul ciclurilor vieții. Au fost astfel reconsiderate şi integrate în perspectiva unei psihopatologii developmentale înțeleasă în sensul larg şi adversitățile psihosociale intense şi prelungite de la vârsta adultă. Studierea acestor aspecte e în curs de desfăşurare. O atenție deosebită se acordă în prezent procesului de reziliență la vârsta a treia în perspectiva gestionării resurselor pentru o îmbătrânire echilibrată, realizată „cu succes" (Greve, 2006).

În perspectiva longitudinală a întregii vieți sunt expectate multiple evenimente şi perioade stresante, pierderi şi schimbări (Standinger). Se are în vedere însă şi marea plasticitate a psihismului uman, resursele şi rezervele de care el în permanență poate dispune; precum şi factorii contextuali care nu sunt doar stresanți ci şi stimulativi şi suportivi. În ultimele decenii mai ales, metamorfozele frecvente şi rapide ale contextului uman, al ambianței în care persoanele îşi desfăşoară viața, au devenit un fapt comun, cu care oamenii au ajuns să se obişnuiască. Astfel încât vârsta adultă târzie şi procesul de îmbătrânire este înțeles şi se desfăşoară în zilele noastre altfel

decât în urmă cu 50, 100 ani. La aceasta contribuie şi nivelul de civilizaţie, cunoştinţele medicale şi măsurile de igienă, alimentaţia şi informaţia. Mai joacă un rol concepţia generală actuală despre viaţă şi lume, abordarea cognitivă raţională actuală a psihismului uman, care invită fiecare persoană să înveţe să se cunoască şi să-şi gestioneze viaţa, să se implice în existenţă cu responsabilitate pentru sine şi pentru alţii, cu grija pentru demnitatea vieţii altora şi pentru propria demnitate.

Se pune astfel accent deosebit pe plasticitatea psihică a omului, pe aspectul tranzacţional al existenţei sale, pe dialectica între continuitate şi discontinuitate. Desfăşurarea vieţii e considerată ca fiind multidimensională şi multifaţetată, marcată de intra şi intervariabilitate. Oamenii sunt stimulaţi să fie activi şi să-şi autoregleze comportamentul. Existenţa personală se desfăşoară având la bază o serie de „proiecte personale". Această idee care a fost intuită de filosofia existenţialistă este urmărită în prezent în mod empiric. Proiectele de viaţă au în vedere diverse durate temporale şi presupun o negociere constantă între individ şi factorii ambianţei umane. În această perspectivă, reziliența se realizează şi la vârsta adultă, ca un produs al interacţiunii între persoană şi context, ca rezultat al unui proces de continui negocieri şi interacţiuni. Dezvoltarea reuşită a persoanei la vârsta adultă şi la bătrâneţe presupune, la fel ca reziliența din perioada copilăriei, o serie de factori intrinseci şi extrinseci. Unul din factorii importanţi e considerat a fi autonomia de care reuşeşte să dea dovadă adultul. Alt factor îl constituie capacităţile sale de „coping" şi de gestionare a resurselor pe care le are la dispoziţie. În orice caz, la aceste vârste se pune un accent mai mare pe implicarea persoanei, pe autodeterminarea ei. Îmbătrânirea cu succes, cu o viaţă frumoasă la vârsta a treia, e considerată nu doar posibilă ci ea se realizează efectiv în practică, fapt constatabil şi în prezent studiat de

psihologi. La fel ca pentru copii, e utilă însă şi la această vârstă intervenţia activă, „asistarea” procesului de reziliență, direcţie în care se desfăşoară multiple programe.

Capitolul 8

Contribuția doctrinelor evoluționiste, cognitiviste şi fenomenologice la psihopatologia clinică

8.1.Psihopatologia evoluționistă şi corelațiile ei cu psihopatologia clinică; 8.2. Noile abordări ale psihopatologiei în viziunea cognitivismului actual; modulii psihici adaptativi antropologici; 8.3.Contribuția psihopatologiei de orientare fenomenologică la psihopatologia clinică; actualitatea unor abordări clasice; 8.4. Creierul social şi sinele încorporat

În raport cu psihopatologia clinică centrată pe sindroamele tulburărilor tradiționale, pe care le descriu s.n.n. în perspectiva unui diagnostic oficial şi al terapiei, doctrinele psihopatologice au avut totdeauna o abordare mai laxă a nosologiei. Aşa a fost psihanaliza, care însă a ținut şi ține cont de sistematizările nosologico-nosografice ale vremii. Psihopatologia developmentală este direct derivată din clinica psihiatrică pe care o fluidizează însă prin perspectiva longitudinală, prin studierea dezvoltării naturale a funcționalității psihice şi prin relațiile intrafamiliale. Perspectiva evoluționistă a psihologiei şi psihopatologiei s-a impus în ultimele decenii, aplecându-se şi ea asupra cazurilor nosologice cunoscute, încercând însă o nouă interpretare. Psihologia cognivitistă actuală se relaționează ceva mai difuz cu tradiția psihopatologiei clinice. Ea aduce contribuții diverse şi deosebit de interesante la interpretările etiopatogenice şi la psihoterapie. În plus, prin raționalismul ce o caracterizează se apropie de mai vechea

psihopatologie fenomenologică, care se reactivează şi ea, acordând importanță evoluționismului şi bazelor neurobiologice ale psihopatologiei.

Aceste orientări abordează stările psihopatologice din perspectiva coerența unor moduli sau a unor fenomene psihice şi nu prin suma statistică a simptomelor.

8.1.Psihopatologia evoluționistă şi corelațiile ei cu psihopatologia clinică

În ultimii ani se manifestă o preocupare crescândă pentru psihologia şi psihopatologia evoluționistă (p.pt.e.) în cadrul revigorării neodarwinismului. Psihopatologia clinică actuală este serios marcată de această mişcare. (Cosmides, 1992; Barkow, 1992: Nebe, 2002; Kennias, 2003; Morphy, 2004; Brüne, 2008).

Psihopatologia se bazează şi pe ampla dezvoltare a psihologiei evoluționiste (Cosmides & Tobby – 1992, Crawford & Crebs – 1998, Bradshaw – 1997, Buss – 1999....., Pankrepp – 1998, Wenegart – 1990). Psihologia evoluționistă consideră că funcționarea psihică e un important mecanism adaptativ, asupra căruia selecția operează în mod esențial. Modelele comportamentale adaptative selecționate se transmit genetic, suportul lor fiind organizarea şi funcționarea creierului. Selecția şi transmiterea mecanismelor adaptative se face prin unități de funcționare psihică bine delimitate, pentru care s-a adoptat expresia de moduli. Funcționarea modulară precisă şi eficientă e integrată de funcții psihice generale şi sintetice. Pentru om selecția, fixarea şi transmiterea genetică a mecanismelor psihice adaptative s-a realizat în toată perioada evolutivă şi istorică a omului şi a condus la o structurare psihică generală pentru specia om. Câştigurile psihice evolutive esențiale se referă la limbajul articulat,

planificarea şi autocontrolul acțiunilor, girate de lobul frontal, şi mai ales dezvoltarea extrem de complexă a relaționărilor interindividuale, girate de „creierul social" (Brune – 2003, Secară – 2007). Particularitățile psihismului uman mai rezultă din lunga perioadă de maturare postnatală în care copilul trebuie protejat şi educat. La om transmiterea mecanismelor psihologice nu e rigidă. Pe lângă transmiterea modulară standard, care şi ea este mult nuanțată, se acceptă transmiterea unor sensibilități şî potențialități de dezvoltare şi învățare.

Fenomenele psihopatologice ar consta din disfuncții ale macanismelor psihologice funcționale adaptative, care ajung să se manifeste deviant, excesiv, alunecând din articularea firească cu contextual sincron şi diacron. Astfel ele devin disfuncționale creînd probleme şi stări defavorabile individului şi celor apropiați. Această situație a fost rezumată de Wackefield în expresia "disfuncție dăunătoare" ("harmful disfunction" – H.D.). De ex. reacția de spaimă care e o funcție adaptativă se poate manifesta dezadaptativ ca atac de panică. La fel, reacția de alertă față de un stimul neprevăzut şi neclar care e adaptativă, se poate manifesta excesiv ca intensitate şi durată, în mod decontextualizat, prin anxietatea generalizată. (Marks, 1987). În mod similar pot fi interpretate diverse fobii, inclusiv agorafobia, care derivă din situația adaptativă fixată prin selecția naturală a creşterii stării de alertă a animalului ce se îndepărtează de cuib, singur şi neprotejat, în locuri necunoscute; în această împrejurare stimuli minori pot declanşa alertă, reacții de spaimă, iar în cazul agorafobiei atacuri de panică. Anxietatea de separare şi de contact e un model de reacție adaptativ al omului, care se maturează lent postnatal, protejat de către mamă împotriva străinilor. Dar ea se poate manifesta excesiv, susținând ulterior şi fobia de şcoală şi agorafobia. Anxietatea socială poate fi plasată şi ea la capătul unei linii de-a

lungul căreia se desfăşoară o funcție adaptativă, cea a grijii pentru o asertare interpersonal-socială performantă şi evaluată pozitiv de ceilalți. Acest ultim exemplu din aria de adaptatibilitate a fenomenelor anxioase ne plasează însă într-o zonă în care psihismul uman se organizează specific, prin funcții ce nu se regăsesc direct în universul animal.

Mecanismele psihologice adaptative care ajung să se manifeste excesiv şi decontextualizat în variantă psihopatologică, deşi au o bază genetică şi cerebrală, se află tot timpul şi sub modelarea învățării şi a experiențelor trăite în cursul ontogenezei. Precum şi a factorilor ce influențează direct funcționarea cerebrală, global şi sectorial. De aceea psihologii şi psihopatologii evoluționişti au adus în discuție două nivele de explicație cauzală a etiopatogeniei psihopatologice. Un nivel proximal, legat de cauze ce influențează direct existența individului şi care se pot cumula de-a lungul ontogenezei biografice. Şi un al doilea nivel, de profunzime sau al condiționării ultime („ultimate level"), care se referă la mecanismele psihologice cu care omul actual este dotat filogenetic prin evoluție, fixate genetic deoarece erau adaptative în mediul ancestral, dar care pot să nu mai fie întru totul adaptative în condiții noi de existență („environmental mismatch"). Pe această cale p.pt.e. sugerează existența unor vulnerabilități psihopatologice de fundal.

P.pt.e. este importantă pentru psihopatologie şi prin clarificări în direcția nosologiei. Circumscrierea entităților nosologice, a sindroamelor psihopatologice prin liste de simptome, apare în mare măsură ca arbitrară şi lipsită de alt fundament decât tradiția clinică observațională, de corelare frecventă a simptomelor într-un anumit mod. În schimb, dacă sindromul psihopatologic este considerat ca fiind disfuncția unui mecanism psihologic adaptativ (Wackefield, 1994) cu care individul e dotat, se găseşte o bază

naturală şi coerentă pentru sindroamele psihopatologice, câştigându-se un important argument pentru validitatea entităților nosologice. Ar fi o cale pentru eliminarea cazurilor fals pozitive. La acest nivel p.pt.e. sse întâlneşte până la un punct cu cognitivismul şi fenomenologia. De ex. sd. depresiv a fost tradițional comparat cu tristețea de doliu, care e un fenomen firesc. P.pt.e. se întreabă însă şi asupra semnificației adaptative de fond a depresiei în normalitate. Trăirile umane fundamentale ce pot fi relevate fenomenologic se corelează cu mecanismele adaptative psihologice fixate filogenetic pe care le identifică p.pt.e.

*

* *

P.pt.e. are în vedere o perspectivă filogenetică de-a lungul căreia în psihismul uman s-au sedimentat, progresiv şi cumulativ, prin selecție naturală o serie de mecanisme psihice adaptative. "Time-ingul" actual al antropologilor şi specialiştilor în p.pt.e. are în vedere în primul rând perioada care se întinde de acum 2 milioane de ani până când, în urmă cu 10 000 ani începe agricultura, viața sedentară, organizarea administrativ-ierarhică şi dezvoltarea tehnologiei productive; şi apoi a scrisului (Dawkins, 1995). În această perioadă a „pleistocenului", omul se separă evolutiv de maimuțele antropoide, se dezvoltă mersul biped şi limbajul, fabricarea de unelte şi diverse comportamente culturale. Se consideră că în această lungă perioadă ce a pus bazele psihismului uman, omul trăia într-o ambianța particulară, hrănindu-se ca şi culegător şi parțial vânător în savana africană. El trăia în grupuri nu foarte mari de la 30 la 150 de indivizi. Familia monogamă era schițată şi existau periodic locuri de adăpost temporar, în principiu domiciliul schimbându-se. În această ambianță psihismul omului în devenire s-a dezvoltat mult în sens prosocial, al colaborării dintre membrii grupului şi

a dezvoltării memoriei individuale. Colaborarea cu alţi oameni era mai eficientă adaptativ decât abilităţile personale în obţinerea hranei şi a apărării faţă de adversităţi. Bazele „creierului social" al omului se pun acum. Această ambianţă ecologică este numită tehnic EEA („Environment of Early Adaptation").

În raport cu această periodizare unii autori mai disting şi alte secvenţe ca cea din urmă cu 150 000 ani când ar fi început migrarea de pe continentul african iar limbajul articulat şi lateralizarea funcţiilor au ajuns la o cristalizare suficientă; şi cea din urmă cu aproximativ 35 000 ani, (Leakey, 1995) când s-ar fi produs o impoirtantă stabilizare a limbajului vorbit, o ecloziune a manifestărilor figurativ artistice (vizibile în peşterile de la Altamira, Lescaux). Cât despre perioada neolitică, cea din ultimii 10 000 ani, cea a agriculturi şi apoi a scrisului, ea configurează o altă ambianţă a existenţei umane marcată de sedentarism, organziare ierarhică a societăţii, muncă planificată, cunoştinţe astronomico-matematice şi dezvoltarea geometriei, structurarea unei ambianţe proxime în care predomină artefactele umane, amplificarea memoriei individuale şi de grup prin scris. Acest mediu creat de om influenţează, prin feed-back, psihismul individului în direcţia unor noi adaptativităţi. Iar selecţia naturală continuă să funcţioneze. Relaţiile interpersonal-sociale se modifică parţial. P.pt.e. ia în considerare şi selecţia adaptativă a funcţiilor psihice specific umane, cum ar fi cele de colaborare şi competiţie, de realizare a legăturilor utile dintre oameni, rolul adaptativ al stimei de sine, al autocontrolului pulsional, a bunelor decizii şi planificări ale acţiunii, a abilităţilor comunicaţionale şi tehnice ale indivizilor. De altfel ea atrage atenţia asupra principalelor arii specifice de dezvoltare a psihismului uman în raport cu cel animal şi care ar fi : limbajul articulat, relaţionarea interpersonală în vederea colaborării şi acţiunea cu scop planificată şi

controlată; toate, desigur, emergând din „agenția” subiectului, a sinelui. De-a lungul istoriei există şi alte schimbări importante ale ambianței umane culturale, mai recente. Aşa ar fi mediul marcat de individualism şi competiție ce se dezvoltă în Europa creştină postrenascentistă şi bulversările tehnico-ideologice din lumea umană a secolului XX. Şi în cele din urmă, actuala revoluție postmodernă. Este însă discutabil dacă toate aceste schimbări de mediu au avut timpul să se fixeze prin selecție naturală în noi mecanisme psiho-cerebrale funcționale.

*

* *

P.pt.e. se bazează în primul rând pe asumpțiile metateoretice generale ale darwinismului actual : selecția naturală, adaptarea, selecția sexuală, teoria reuşitei inclusive (inclusive fitness theory”). Variabilitatea fenotipică şi mutațiile genetice se exprimă prin indivizi care sunt mai apți sau mai puțin apți să supraviețuiască şi să se reproducă, iar caracteristicile primilor sunt moştenite de urmaşi, cumulându-se în timp. Selecția naturală acționează nu doar asupra caracteristicilor fizice ci şi asupra celor comportamentale şi cognitive care favorizează adaptarea.

Pentru supraviețuirea în raport cu duşmanii şi pentru obținerea resurselor la om e extrem de importantă afilierea şi cooperarea în grup, aspectul prosocial. Dar, în cadrul grupului funcționează şi competiția pentru poziții ierarhice iar posibilitatea cooperării se cere mereu testată. Funcții importante sunt şi cele legate de selecția sexuală, pentru alegerea şi păstrarea partenerului sexual. În acest sens se dezvoltă atractivitatea sexuală, menținerea partenerului, gelozia, infidelitatea. Extrem de importantă e grija pentru copii, ataşamentul, protecția şi educarea acestora, omul fiind specia cu cea mai largă dezvoltare postnatală. Selecției naturale şi celei sexuale se

adaugă teoria reuşitei inclusive care explică fixarea comportamentelor aparent altruiste prin faptul că se are în vedere supraviețuirea genelor, a unor copii ale genelor şi nu a indivizilor (legea lui Hamilton popularizată de Dawkins prin cartea "Selfish gene"). La om, comportamentele altruiste se nuanțează mult, în corelație cu îndelungata creştere a copiilor şi cu comportamentul pronunțat prosocial. De asemenea, la om se dezvoltă în această direcție comportamente particulare între care şi suicidul. De menționat că evoluția, dat fiind faptul că se bazează pe variabilitate şi şanse, produce şi reține – cel puțin temporar – nu doar funcțiile adaptative ci şi co-produse, precum şi "locuri libere" fără o funcționare precisă. Şi desigur, eşecuri ale reproducerii, "zgomote" ale acestui proces, mutații.

Psihologia evoluționistă asertează că există un set nuclear şi coerent de mecanisme psihologice universale ce se transmit şi se manifestă în fiecare individ şi care edifică ansamblul psihismului uman. Prin aceasta e susținută o perspectivă holistă, ca alternativă la tradiționala psihologie a funcțiilor (cognitive, volitive, afective).

Aceste mecanisme vizează şi susțin la om bazele comportamentului său social, de la recunoaşterea feței umane, la conduita de ataşament, cea de mentalizare – ToM – competiția pentru ierarhie în grup, comportamentele de căutare a partenerului, cele familiale şi educaționale. Şi de asemenea, comportamentele de bază ale reacției față de situații semnificative, cele ale activității cu scop şi ale muncii, cele corelate universului cultural. Grija față de sine, autoîngrijirea şi autoafirmarea în contextul relaționărilor şi activităților performante, exprimă centrarea mecanismelor psihologice adaptative printr-o "agenție", care la om se manifestă ca "sine", ca "persoană". Comportamentul lingvistic, în specificitatea sa umană asigurată de logosul asertiv-narativ-critic, le învăluie pe toate. În paralel cu abordarea

holistă care are în vedere arii mari de trăire şi comportament cu sens centrate de o "agenție" p.pt.e. cultivă şi o abordare modulară. Mecanismele psihologice fixate prin selecția naturală au câte un "domeniu specific" astfel încât sunt comentabile cel mai adecvat prin conceptul de "modul".

Ideea funcționării modulare a psihismului biologic şi parțial a celui uman a fost de fapt lansată în cadrul cognitivismului prin lucrarea princeps a lui Fodor "The modularity of Mind" (1983). Caracteristicile principale ale unui modul psihocerebral, susținute pe atunci de această ipoteză sunt : - specificitatea de domeniu; - caracterul constrângător al funcției ce-l îndeplineşte; - încapsularea informațională; - viteza de rezolvare rapidă pe care o asigură funcționarea sa; - căi de efectuare rapide şi specifice în domeniul respectiv; - lipsa de acces la alte procese pentru intermedierea reprezentării; - localizare cerebrală; - susceptibilitatea pentru o tulburare caracteristică. Toate aceste aspecte, deşi au fost frecvent recunoscute şi confirmate, au o anumită relativitate şi se află sub incidența unei funcționări mai difuze – pe care o susține conexionismul – şi a unor funcții generale, supraordonate şi sintetice.

Funcționarea psihic modulară a psihismului uman, preluată din etologie şi din aplicațiile acesteia la psihologia developmentală, se cere înțeleasă într-un context larg. O funcționalitate similară cu cea modulară se întâlneşte pentru abilitățile şi competențele câştigate şi se manifestă în trăiri reactive emotive fundamentale, ca spaima, anxietatea, furia, depresia, euforia. În plus, aceste trăiri au o structură şi un conținut ce derivă în mare măsură din experiențele de viață şi din exersarea limbajului vorbit în lumea umană simbolică. Apoi, comportamentul uman are o mare plasticitate şi flexibilitate, ține mult cont de parametrii situaționali, de context, exprimă spontaneitate şi creativitate. De aceea principiul modular de funcționare a

psihismului uman se cere circumscris, reformulat şi integrat într-o modalitate mult mai complexă, El rămâne însă important, sugerând o coerență funcțională cu sens adaptativ în anumite direcții de manifestare psihică ale omului şi animalului.

Un inventar al modulilor psihici adaptativi centrați de sine şi o imagine a ansamblării lor în persoană, ar fi o sarcină importantă pentru psihologie. Pentru a nu rămâne în abstract, s-ar putea avea în vedere câteva importante domenii instinctiv adaptative din biologie, care se păstrează la om, prinse însă în structuri antropologice specifice. Şi care, până la un punct ar putea fi analizate şi comentate dintr-o perspectivă a funcționării modulare. Aşa ar fi :

- conduita de investigare a ambianței;
- alerta anxioasă şi conduitele de evitare;
- conduita prosocială de apropiere de alții pentru colaborare şi afiliere;
- conduita competitivă şi combativă în caz de confruntare;
- conduita expansivă, dezinhibată, în vederea acuplării;
- conduita captativă în vederea afilierii;
- conduita competitivă pentru câştigarea unei poziții ierarhice şi cea dominatoare;
- conduita suspicioasă, de precauție în relaționare;
- conduita combativă în confruntare;
- conduita de ataşament;
- conduita de autoîngrijire în condiții de disfuncții şi disconfort corporal;
- conduita de retragere pentru protecție şi refacere;
- conduita de autogospodărire în spațiul locativ;
- conduita de maternaj.

*

* *

O parte din aspectele specifice ale psihismului uman rezultă din particularitățile biologice la care a ajuns specia umană. În perspectiva transmiterii genetice, omul face parte din varianta K a selecției, cea în care genele se transmit cu grijă, la copii puțini. Numărul de copii pe care îi naşte o femeie este mic. Vârsta fertilității feminine este atinsă târziu, perioada fertilă nu e lungă, intervalul dintre naşteri este mare. Aceasta face ca investirea parentală - de grijă, afectivă, comportamentală – să fie mare. Acest fapt se conjugă cu naşterea "prematură" a copiilor umani şi perioada îndelungată de maturizare extrauterină, atât corporal cerebrală cât şi sexuală şi psihologică. Se consideră că faptul se datorează creşterii volumului creierului şi deci a capului, ceea ce determină probleme privitoare la naştere, bazinul femeii bipede necrescând în acelaşi ritm. Sociabilitatea crescută a omului ce s-a dezvoltat în ambianța EEA, investimentul parental crescut şi lunga dezvoltare postnatală a creierului şi psihismului copilului în condițiile extrauterine ale proximității față de părinți, condiționează ponderea crescută a relațiilor interpersonale în psihismul uman cu diferențierea unui "sine" ("self") reflexiv, pentru care o zonă a intimității personale se polarizează ca o zonă a relaționării sociale publice. Această situație se corelează cu dezvoltarea la om a "creierului social".

*

* *

Creierul uman s-a dezvoltat enorm prin selecția naturală în continuitatea creşterii sale la maimuțe şi primate. La mamifere creierul are o importantă creştere în raport cu masa corporală, fapt ce se accentuează pe

scară filogenetică. Creierul primatelor este aproximativ de 3 ori mai mare decât e expectat în raport cu masa corporală. La om neocortexul este de 150 ori mai amplu decât ar fi de aşteptat conform ratei identificate de creştere la vertebrate dar şi la maimuțe. Dacă s-ar aplica proporția de la primate, la dimensiunea creierului său, omul ar trebui să aibe de aproximativ 3 ori înălțimea pe care o are şi aproximativ 450 kg. Creierul uman conține aproximativ 100 bilioane nervi şi o capacitate de depozitare informațională estimat la 1.25 terabiți. Deşi reprezintă 2% din greutatea corporală, creierul consumă 15-20% din energia, din oxigenul pe care-l consumă organismul, ceea ce subliniază valoarea sa cu totul deosebită pentru adaptare. Se apreciază că 55% din genomul uman se exprimă în creier, organ care apare astfel ca prima țintă pentru mutații şi schimbări evolutive.

În cadrul creierului uman se diferențiază 3 structuri concentrice (creierul "triun" comentat de Mac Lean – 1992) : - creierul reptilian (R-complex) responsabil de reglarea funcțiilor vitale şi de comportamentul autoperseverativ; partea rostrală a acestuia este sediul instinctelor care asigură cuplarea sexelor, agresivitatea şi sumisiunea; - creierul paleomamilar, care e implicat în reglarea emoțiilor, îngrijirile maternale, distresul separării şi explorarea ambianței; - creierul neomamilar (neocortexul) care cuprinde funcțiile înalt cognitive şi asigură conştiința de sine. Achizițiile recente specifice omului sunt localizate mai ales în zona prefrontală şi temporală. Zona prefrontală, care realizează multiple conexiuni, reglează comportamentul planificat, voluntar şi relaționarea cu alții. Zona temporală este esențială pentru limbaj, mentalizare şi, împreună cu cea parietală, pentru reprezentarea de sine, pentru relaționarea sinelui cu alții. Structura şi funcționarea creierului uman exprimă conflictul dintre tendința autoperseverativă a egoului şi cea orientată afectiv spre empatie,

deci un conflict intern între tendința de afirmare, dominare, putere, competitivitate şi cea de cooperare, sumisiune, autosacrificiu; conflict ce constituie o balanță dinamică ce se rezolvă prin compromis şi echilibru (Wilson, 2007).

Alte aspecte importante ale creierului uman sunt : - Lateralizarea unor funcții cu predominență în unul din emisfere. Pentru limbaj funcțiile „liniare" ca producție lingvistică, structurarea gramaticală, perceperea şi înțelegerea auditivă sunt girate de emisferul stâng (la dreptaci), pe când înțelegerea „holistă", intonarea, metafora şi prozodia emoțională e localizată în emisferul drept. Reprezentarea sinelui se realizează predominent în stânga. La om conectivitatea intraemisferică a crescut mai mult decât cea interemisferică. Lateralizarea e interpretată de p.pt.e. ca realizată sub presiunea coordonării activității cu alți indivizi umani asimetrici, pentru coeziunea grupului, în ciuda dezavantajului față de predatori; - Sexul se exprimă cerebral în sensul unei greutăți mai mari a creierului la bărbați, conectivitatea interemisferică fiind mai mare la femei. Femeile au o mai mare fluență în vorbire şi sunt mai empatice iar bărbații au o mai bună orientare vizuo-spațială; - Creierul uman a dezvoltat mult funcțiile de comunicare şi cooperare. Maimuțele şi primatele sunt şi ele animale sociale iar la macacus s-au identificat mai întâi "neuronii oglindă" în regiunea sulcusului temporal superior, neuroni care se activează selectiv când e privită o mişcare direcționată a altuia, similar cu cea ce se activează dacă individual ar executa mişcarea respectivă. Această percepție a intenționalității s-a dezvoltat în mod special la om stând la bază ToM, prin care omul percepe direct intențiile celuilalt în situație. Un sistem complex cerebral susține la om acest modul integrat în structura "sinelui nuclear". Tot ca o dezvoltare specifică sunt considerați "neuronii păianjeni" ("spindle-

shaped") din zona cortexului cingului anterior (ACC) care joacă un rol în suprimarea voluntară a răspunsurilor sociale impulsive.

În creierul uman funcţionează mai multe sisteme de neurotransmiţători fiecare intervenind într-un grupaj de funcţii. Principalii mediatori de neurotransmisie sunt : acetilcolina, catecolaminele, serotonina, glutamatul, GABA şi neuropeptidele. Transmisia genetică modelează comportamentul prin controlul producţiei şi acţiunii neurotransmiţătorilor.

În dezvoltarea sa ontogenetică corpul şi creierul omului manifestă o "heterocronie". Adică se constată schimbări de "timing" sau de rată a evenimentelor de dezvoltare referitoare la patternurile omoloage la ancestori. Principalul aspect este ceea ce s-a numit "paedomorfism". Prin unele aspecte omul seamănă cu maimuţele tinere. Aşa ar fi lipsa părului pe corp, poziţia anterioară a vaginului, plăcerea de a se juca şi curiozitatea ce persistă şi la vârsta adultă. Dar, în raport cu acest scenariu, unele funcţii se dezvoltă mai rapid; căci prin comparaţie cu primatele, la greutatea creierului pe care omul o are, el ar trebui să atingă maturitatea sexuală la 44 ani, iar măseaua de minte să apară la 38 ani. Heterocronia se referă şi la faptul că diverse ţesuturi se maturizează după diverse ritmuri. Cortexul prefrontal este regiunea ce se maturizează cel mai târziu şi unde mielinizarea şi sinaptogeneza poate continua şi în deceniul al treilea. Volumul substanţei gri creşte postnatal până la 3, 4 ani şi scade gradual până în deceniul al treilea. În contrast, substanţa albă şi corpul calos creşte de la naştere până în decada a 3-a, posibil până în a 5-a. Paedomorfismul se combină în dezvoltarea creierului uman cu alte procese heterocronice recente, sub denumirea de hipermorfism.

Paedomorfismul este caracteristic speciilor cu K selecţie, omul reprezentând extrema acestei modalităţi. El ar exprima, în opinia p.pt.e., o tendinţă a reducerii agresivităţii intraspecifice directe, în contextul evoluţiei

prosociale a omului, cu dezvoltarea intensă a capacităților cerebrale şi psihice colaborative.

*

* *

Nou născutul are o sensibilitate înnăscută față de imaginea şi expresivitatea semnificantă a figurii umane. Tot în funcție de moduli înnăscut se dezvoltă în primul an privirea țintită, privirea conjugată şi apoi relația de ataşament în cadrul căreia imagoul mamei ajunge să fie reprezentat constant în mintea copilului, cu toate valențele sale securizante (prin "internal working model" –descris de Bowlby). Dezvoltarea acestuia în perioada 1-3 ani devine baza pentru identificarea de durată cu alții, pentru asimilarea altora în propriul psihism, ca în prietenie şi dragoste. Şi de asemenea filtrul, prin care trec atitudinile interpersonale, de cooperare, suspiciune, dominare, respingere. În jur de 3-4 ani se maturează modulul "mentalizării" – T.o.M. – prin care copilul percepe direct, "ghiceşte" situațional intenționalitatea celuilalt, îi atribuie stări mintale intenționale. Acesta este esențial pentru dezvoltarea colaborării dar şi pentru detectarea ostilității, supravegherii şi controlului subiectului de către alții, stand la baza modulului adaptativ al suspiciunii, prin care individul intuieşte intențiilor răuvoitoare. Alt modul adaptativ important dar complex şi cu multiple funcții care se dezvoltă progresiv, este cel al stimei de sine, care operează cu situații potențiale. Desigur relaționările interpersonal sociale nu epuizează psihismul uman şi modulele sale funcționale. Activitatea cu scop, planificată şi controlată, urmată de evaluarea rezultatului este şi ea un aspect important al psihologiei umane. Şi la fel identitatea subiectului su sine şi autonomia care este susținută nu doar de sinele nuclear, ci şi de cel narativ, ce stă în

spatele autobiografiei. Şi care analizează sintetizarea tematică a limitelor şi constanței cu sine a subiectului.

P.pt.e. abordează aspecte psihopatologice ca : anxietatea, addicția, tulburarea obsesiv-compulsivă, schizofrenia, paranoidia, mania, depresia, tulburările alimentare, parasuicidul etc. Pentru toate este analizată derivarea lor din module adaptative normale fixate filogenetic prin selecție naturală, transmiterea genetică, baza de disfuncție cerebrală, precum şi influențele ontogenetice. În raport cu normalitatea, psihopatologia exprimă un exces disfuncțional decontextualizat. Modulele psihologice se manifestă acum lipsite de legăturile semnificative şi adaptative obişnuite cu situația şi cu ansamblul psihismului. La fel ca în cazul psihopatologiei developmentale, limitele dintre normalitate şi anormalitate sunt considerate fluctuante, motiv pentru care e util să se comenteze împreună psihologia şi psihopatologia evoluționistă – p.pt.e.

P.pt.e. aduce o contribuție importantă la psihopatologia clinică pentru că elucidează baza de tip modular adaptativ a unor funcții umane ce pot deveni disfuncționale. Şi deoarece aruncă lumini asupra condiționării tulburărilor psihice la un nivel profund (“ultimate level”). Mecanismele explicative la care ea face referință în principal sunt : amestecul (mismatch) între funcționarea psihică selectată evolutiv şi condițiile ambientale la care persoana trebuie să facă față; - eşecul sau „zgomotul” reproductiv; - mutația genetică; - co-produsul reproducerii evolutive (by–produce). P.pt.e. încearcă de asemenea să clarifice de ce unele tulburări dezadaptative şi cu rata redusă de reproducere umană, aşa cum e schizofrenia sau tulburarea obsesiv-compulsivă, nu dispar totuşi prin eliminare transgenerațională.

În continuare se va prezenta modul de abordare al câtorva tulburări de către p.pt.e.

*

* *

Sindromul ADHD, care constă dintr-o anormală instabilitate motorie şi a atenţiei precum şi dintr-o exagerată reactivitate impulsiv explozivă, poate fi considerat ca derivând din comportamentul adaptativ al explorării în teritorii necunoscute, unde pot apărea situaţii neprevăzute ce necesită reacţii rapide. El este apropiat de modelul comportamental al "căutării noutăţii" ("novelty seeking") pe care Cloninger (1993) îl consideră unul din cele patru comportamente biopsihologice bazale corelate activităţii neurotransmiţătorilor. Spre deosebire de alerta anxioasă ce se desfăşoară şi ea într-o stare de vigilitate crescută dar care pregăteşte individul pentru evitarea pericolului, a răului ("harm avoidance" în formularea lui Cloninger) în ADHD este evidentă tendinţa exploratorie activă. ADHD are o importantă cotă de transmitere genetică evaluată la 60-88% la gemenii monozigoţi. Scanarea genomică sugerează susceptibilitatea, prin markere a cromozomilor 4,5,6,8,11,16 şi 17. De un interes particular ar fi o perturbare a alelei de transport dopaminergic la cromozomul 5 (DRD4). Datele sugerează că variaţia s-ar fi produs în urmă cu 40.000, 50.000 ani, când tendinţa exploratorie cu expunere la risc a fost selectată datorită creşterii variabilităţii şi impredictibilităţii mediului. Noul modul comportamental ar fi favorizat selecţia sexuală şi astfel s-a fixat genetic.

Sindromul ADHD este adesea prezentat ca un exemplu de amestec între un modul adaptativ fixat prin selecţia naturală şi un nou mediu în care el nu mai e adaptativ. Viaţa urbană cu şcolaritate şi muncă predominant sedentară în spaţii clar delimitate, nu favorizează mecanismul psihologic al investigării psihomotorii care tinde astfel să se manifeste aberant. De

menţionat că omenirea istorică a avut constant tendinţa de a contrabalansa civilizaţia sedentară prin migraţie. Mai ales ultima perioadă a umanităţii, prin modelele sedentare de desfăşurare a contactului uman, a activităţii de muncă şi investigaţie cognitivă pe care le cultivă actuala tehnologie şi stil de viaţă, e în evidentă contrafază cu modulul evoluţionist al "căutării noului" prin dinamism psihomotor.

În apariţia ADHD sunt invocaţi şi alţi factori biologici decât cei pe care-i aduce în discuţie p.pt.e.: fumatul mamei în timpul gestaţiei, prematuritatea şi greutatea scăzută la naştere, suferinţe cerebrale minime în primii ani de viaţă. Au fost luaţi în considerare şi factori psio-sociali ca : anxietatea mamei în primele luni de gestaţie, mai ales în săptămânile 12 şi 22, deprivarea afectivă timpurie, instituţionalismul şi abuzarea copilului mic, conflictele familiale. În mod frecvent părinţii copilului cu sindrom ADHD au suferit şi ei de acest sindrom, astfel încât copilul creşte într-o ambianţă familială marcată de nelinişte psihomotorie şi instabilitate.

Cazul ADHD indică felul cum p.pt.e. poate participa la înţelegerea pluri-factorială a condiţionării sindroamelor pe care le comentează psihopatologia clinică.

*

* *

Abuzul şi addicţia de alcool şi de alte substanţe psihoactive e comentată de p.pt.e. din perspectiva unui consum normal şi adaptativ de către animale a unor substanţe ce influenţează anumite circuite cerebrale şi pot avea efecte utile asupra stărilor psihice. Consumul de plante ce au un conţinut crescut de zahăr precum şi a variantei fermentate, conţinătoare de alcool a acestora, a fost utilă şi necesară în primul rând pentru acoperirea unor nevoi energetice, acestea fiind bogate în calorii. Enzimele pentru

metabolizarea acestora s-au dezvoltat în urmă cu milioane de ani. Consumul maimuțelor şi oamenilor incipienți nu a fost însă de-a lungul timpului şi locurilor la fel pentru toți, posibil datorită accesabilității. Faptul se reflectă în structura enzimatică, astfel că la populația asiatică enzimele ce metabolizează alcoolul şi acetaldehida acționează mai lent, ceea ce conduce la acumulări de produşi intermediari şi la reacții adverse. Alcoolul şi alte substanțe psihoactive stimulează sistemul dopaminergic de recompensă ce pleacă din aria tegumentului ventral, trece prin corpul striat ventral – nucleul acumbeus – şi ajunge la cortexul prefrontal. La acest nivel se realizează multiple conexiuni contextuale şi învățări condiționate; iar conexiunile se reîntorc, închizând circuitul la nivelul limbic motivațional de recompensă. Acest circuit e implicat şi în ghidarea atenției, luarea de decizii şi semnalarea internă a conținuturilor emotive, fiind activat şi în arousalul sexual. Stimularea acestui circuit de către alcool induce o anumită dezinhibiție, putând creşte coeziunea şi cooperarea socială. Faptul a fost utilizat probabil în ritualuri şi ceremonii. Sistemul motivațional şi de recompensă dopaminergic poate ocaziona stări pozitive subiective, de satisfacție. El nu are un mecanism de oprire, de blocare automată, probabil deoarece substanțele alimentare din natură care-l puteau activa erau în concentrație redusă iar consumul lor ocazional. Pe măsură ce omul a început să producă prin cultivare plante şi fructe cu conținut crescut de etanol a crescut şi consumul ce duce la abuz şi dependență. Mai ales că, prin veriga prefrontală, satisfacția consumului se corelează cu mulți alți factori asociați exteriori. Prin consumul repetat receptorii dopaminergici devin mai puțin sensibili şi apare nevoia creşterii dozelor. Producția industrială de băuturi alcoolizate şi distribuția lor în masă face ca dependența şi complicațiile acestui consum să devină o problemă nocivă social.

Addicția de alcool şi alte substanțe psihoactive e corelată cu activitatea mai multor sisteme de neurotransmisie cerebrală implicate în mecanisme psihologice adaptative selecționate evolutiv. Alcoolul creşte efectul inhibitor al GABA şi scade activitatea excitatorie a glutamatului pe NMDA. GABA este abundent în cortexul uman, mai ales în cortexul primar senzorial, girusul Hersch şi girusul cingulat anterior. Inhibiția corticală extinsă reprezintă o noutate evolutivă, crucială pentru a controla impulsurile ce vin de la centri cerebrali inferiori. Alcoolul acționează şi asupra receptorilor benzodiazepinici (BZD) care sunt asociați cu reglarea fricii. E implicată mai ales zona centrală şi laterală a amigdalei conectată cu hipotalamusul anterior şi medial şi cu substanța gri periapeductală (PAG). Alcoolul, barbituricele şi benzodiazepinele, acționând asupra acestor receptori pot reduce frica, crescând comportamentul de risc. În perspectiva evoluționistă frica şi furia sunt strâns corelate, deoarece în momente critice se cere decis pentru strategii de fugă sau atac. Alcoolul acționează şi în această direcție.

Alt sistem implicat în abuzul şi dependența de substanțe este constituit de opioidele şi neuropeptidele endogene. Acest sistem cerebral s-a dezvoltat pentru a stimula şi semnala afiliația socială, ataşamentul. Consumarea lor poate induce un fals sentiment de securitate. Persoanele cu ataşament nesigur dacă ajung să consume opioide se simt mai liniştite şi mai sigure, reducându-se disforia. Neuropeptidul oxytocin e implicat în mod critic în formarea legăturilor sociale, în arousalul sexual şi interacțiunea mamă – copil. El creşte senzitivitatea neuronilor opioizi. Clinic, sevrajul la opioide crează stări emoționale negative, instabilitate, disperare şi durere, similare cu anxietatea de separare. Persoanele care consumă opioide nu mai simt nevoia să se integreze în grupuri sociale convenționale. Ei tind să ocupe o nişă

ecologică în care competiția e redusă şi adoptă strategia fragilă a extragerii imediate a resurselor pentru beneficiu pe termen scurt, fără preocupări pe termen lung. Mai apare o scădere a controlului impulsurilor, creşte comportamentul cu risc şi sexualitatea promiscuă.

*

* *

Tulburarea obsesiv-compulsivă – TOC – a ajuns şi ea în preocuparea p.pt.e. observându-se o serie de echivalente biologice ale preocupărilor şi comportamentelor specifice acestei boli. (Joel, 2006). La multe specii se manifestă modele comportamentale de grijă pentru suprafața corpului, pentru protecția acesteia față de infestări şi prezențe nefavorabile. Multe animale acceptă paraziți cutanați şi variate simbioze care-i protejează la acest nivel iar unele mamifere îşi curăță singure suprafața, uneori chiar reciproc. (Dodman, 1997). Faptul apare ca un precursor biologic în raport cu preocuparea patologică din TOC pentru infestare transcutanată şi spălare. Apoi, la vertebrate se evidențiază variate comportamente ritualice cu ocazia ciclurilor de viață semnificative, ca de exemplu curtarea, lupta pentru obținerea ierarhiei în grup, pregătirea locuirii sau comportamente sezoniere. Structura comportamentelor ritualice condiționate instinctiv urmează de obicei algoritme rigide care pot fi comparate cu ritualurile din TOC. Unele comportamente stereotipe ale animalelor – au fost comparate cu compulsiile (Ridley, 1994). Se cere făcută o diferențiere între structura fixă, cvasiritualică a comportamentelor de zi cu zi – sculat, mâncat, curățat, culcat etc. şi comportamentele ce marchează marile cicluri ale vieții. Acestea din urmă la om sunt reformulate în ritualuri socio-culturale, ca de exemplu cele ale tranziției prin diverse vârste, căsătorie, naştere, moarte. Toate sărbătorile sau evenimentele sociale importante care invocă transcendența au şi ele o

structură ritualică care se desfăşoară la un nivel suprapersonal, asigurând coeziunea grupului şi oferind un sentiment de siguranță, de comunicare cu alții a individului. La nivelul parcurgerii ciclurilor vieții, fenomenele ritualice implică însă mai direct personalitatea care urmează să le depăşească. De aceea, aici şi apar mai clar fenomene corelate predominet anxietății, grijii şi preocupării față de eventualități greu controlabile. (Feigin, 2006). Mai ales în jurul evenimentului primei naşteri se manifestă fenomene de tip obsesiv atât la mamă cât şi la tată. Trăiri de tip obsesiv apar frecvent sub forma grijii față de persoanele apropiate, fapt ce se constată şi în relațiile romantice, atât ca preocupări anxioase cât şi ca gelozie.

O altă corelație cu fenomene ce se petrec în biologie poate fi făcută în legătură cu fenomenul TOC al colecționarismului. Unele specii de animale adună provizii dincolo de necesarul imediat. Grija pentru provizii alimentare se poate corela cu grija pentru asigurarea subsistenței progeniturii şi grija pentru ordinea şi siguranța casei. Toate acestea se regăsesc în simptomatologia clinică a TOC. Dar, la nivel uman, fenomenologia TOC se extinde şi în arii specifice. Astfel, în corelație cu ritualul religios, obsesionalitatea se poate dezvolta şi ca ruminație scrupuloasă asupra culpei corelată cu ritualuri de spovedanie. Iar în direcția colecționarismului, preocupările TOC se pot extinde în aria colecționării de cărți, tablouri, autografe.

*

* *

Schizofrenia a fost amplu comentată în perspectiva p.pt.e. Ca prototip al psihozelor, ea a fost corelată de Crow (1955) cu apariția limbajului articulat, mai precis cu dezvoltarea particulară a acestuia în ultimii 150.000

de ani. Schizofrenia este destul de specifică omului astfel încât în comentarea ei a fost implicat „creierul social” şi alte particularități ale funcționării creierului şi psihismului uman, ca funcțiile executive şi coerența centrală. Ideea de bază e că psihozele, schizofrenia în primul rând sunt un co-produs (by-produce), ce e drept costisitor, al însăşi evoluției omului. Interesant e faptul că ea se menține cu toate dezavantajele sale evolutive. (Burns, 2006).

Se ştie că în schizofrene factorii genetici joacă un rol important. Dar în etiopatogenie au fost invocate şi noxele (virozele) din al treilea trimestru al parturiției, traumatismele perinatale şi tulburările de comunicare cu mama şi cei apropiați în primii ani. Aceşti factori ar acționa prin intermediul particularităților evolutiv developemintale ale corpului şi creierului uman, în primul rând prin intermediul heterocronicității şi disconectivității. Corpul uman se naşte „prematur” şi prezintă, de-a lungul dezvoltării o întârziere a acesteia în comparație cu primatele. Finalul din adolescență a maturizării creierului s-ar realiza disfuncțional în schizofrenie, s-ar produce un eşec al acestei „pruning”. Perturbarea maturării centrale conduce la o redusă conectivitate neuronală şi asimetrie funcțională, migrarea celulelor faetale poate fi întârziată, neuronii nu îşi mai ating destinația lor finală şi conexiunile corespunzătoare, fapt ce devine evident în pubertate când se încheie mielinizarea. După unii, schizofrenia s-ar datora unui insuficient switch a receptorilor NMDA de la varianta faetală la cea adultă, rezultând un exces de transmisie sinaptică excitatorie. Brüne (2004) avansează ideea că în cadrul heterocroniei, paedomorfismul se combină cu un hipermorfism în anumite zone. Tulburările de dezvoltare ale creierului ar sta în spatele unei relații de ataşament dificile şi a unui modul ToM fragil.

Crow a dezvoltat o teorie conform căreia originea tulburărilor psihotice cu referință specială la schizofrenie, ar avea la bază lipsa dominanței hemisferei şi a specializării limbajului. E implicată şi diferența sexuală datorită diferenței de lateralizare între bărbați şi femei. Ipoteza sa susține ideea că gena care reglează dominanța cerebrală e implicată şi în originea psihozelor şi în cea a limbajului articulat. Crow consideră că incidentul mutațional s-ar fi produs în perioada în care omul, despărțindu-se de linia evolutivă comună cu cimpanzeii, a ajuns la definitivarea limbajului său specific. Trimiterea este la o perioadă din urmă cu aprox 150.000 ani, când ar fi avut loc diaspora omului modern, a lui Homo Sapiens, din Africa în restul continentelor. Bărbatul are o asimetrie cerebrală mai mare decât femeia, care se maturează sexual mai repede. Crow expectează locusul genei în cauză ca fiind X-Y homologus. Există câteva evidențe care susțin această teză. Copiii care mai târziu dezvoltă tulburări psihotice sunt mai des ambidextri şi prezintă tulburări de limbaj şi de comportament. La 7-11 ani aceşti copii au dificultăți în a învăța să scrie şi să citească precum şi probleme de lateralizare. Asimetria redusă a schizofrenilor e decelată din pubertate. În sindromul Turner (XO) inteligența verbală ce depinde de emisferul dominant e mai bine păstrată ca inteligența spațială iar în sindromul Klinefelter (XXY) e prezentă situația inversă, fapt ce sugerează că cromozomul sexual e implicat în stabilirea dominanței interemisferice. Pentru limbajul normal e esențială colaborarea celor două emisfere, fiecare cu specializarea sa. Simptomele de „prim rang" Schneider ar fi corelate cu disfuncționalitatea lateralizării, deoarece schizofrenul ce le prezintă plasează spațial anormal fenomene care de obicei sunt localizate în interiorul subiectivității propriului corp. Se comentează de către partizanii acestei interpretări că locusul genetic care girează întreaga problematică a

lateralizării şi psihozei s-ar plasa în zona cromozomului sexual, spre regiunea Xq 21.3 în gena numită „Protocadelhim XY”.

Teoria lui Crow a fost criticată din multe puncte de vedere. Modificarea limbajului spre varianta sa umană ultimă ar fi un proces lent progresiv şi nu unul mutațional. Apoi, o asimetrie a controlului vocal se găseşte şi la alte animale, iar la cimpanzei zona temporală stângă e deja modificată. Totuşi, corelarea apariției psihozelor, a schizofreniei cu cea a structurării limbajului uman, e o idee interesantă, care se menține în atenția cercetătorilor.

În schizofrenie este în mod cert afectat creierul social şi în mod special modulul ToM. Tulburările ce se manifestă grosolan, ca nedezvoltare în autismul Kanner, inclusiv în direcția deficienței „coerenței centrale”, sunt prezente într-o formă mai subtilă în schizofrenie. Apariția acestei boli la un moment dat al vieții, de obicei la vârsta tânără, face ca viziunea evoluționist developmentală să ia în considerare o fază pregătitoare. Precum şi cazurile care nu ajung la boală manifestă. Această idee e comentată în prezent în perspectiva spectrului schizofren. O serie de trăsături ale bolii apar în mod atenuat la rudele bolnavilor ca t.p. schizoidă, schizotipală sau ca „schizotipie”. Unele din aceste deviații ar putea fi adaptative. În acest sens unii autori au comentat valoarea adaptativă a „fragmentării grupurilor”, care s-ar fi manifestat în perioada EEA, când grupurile umane prea mari aveau beneficii adaptative dacă se regrupau în unele mai mici. Iar trăsături din spectrul schizofreniei ar fi favorizat acest proces.

Faptul că prevalența schizofreniei se menține deşi boala e dezadaptativă şi scade fertilitatea, a condus la imaginarea şi încercarea de testare a unor scenarii explicative. Existența unor trăsături adaptative la rudele apropiate ar fi o explicație. Alta ar fi hiperprotecția copilului

predispus şi a schizofrenilor din partea familiei şi societății. De asemenea, faptul că schizofrenul nu se implică în evenimente stresante, că e hipoemotiv ar fi un factor protector. S-a mai discutat despre linkage-ul cu gene care au şi funcții protective biologic.

Comentarea etiopatogeniei schizofreniei este un alt exemplu de îmbinare între cauzalitatea proximală ontogenetică şi cauzarea ultimă („ultimate level") pe care o sugerează p.pt.e.

*

* *

Depresia a fost abordată de p.p.e. din diverse incidențe. (Gilbert, 1992; Nesse, 2000; Sloman, 2004; Wolpert, 2001). Oricum p.pt.e. consideră depresia psihopatologică ca derivând dintr-un mecanism adaptativ. Cel mai mult a fost comentat comportamentul sumisiv. Supunerea, în contextul competiției, reduce agresivitatea indivizilor dominatori şi riscurile consecutive, fiind astfel favorabilă supraviețuirii situaționale a individului. Comportamentul retras şi inhibat al depresivului sugerează supunerea. (O'Connor, 2002). Semnificația evitării pericolului ar fi subliniată şi de frecventa asociere între depresie şi anxietate. Tensiunea de aşteptare, starea de apărare în care se află individul depresiv ar fi subliniată şi de varianta iritabil-disforică a acesteia.

Supunerea şi dominanța sunt funcții adaptative inerente speciilor cu înalt grad de structurare ierarhică, aşa cum este omul. În condițiile ancestrale ale EEA, când oamenii în formare trăiau în grupuri de culegători de 30-40 oameni, excluderea din grup echivala cu moartea. De aceea, comportamentul sumisiv era o alternativă adaptativă de evitare a răului („harm avoidance"). Această ipoteză apropie comportamnetul depresiv de cel regresiv. Individul

care apare slab şi neajutorat induce în ceilalţi tendința la grijă şi protecţie, sprijin. Copilul, prin regresia spre anxietate şi dependență, atrage investiment parental. În plan social, cel puțin în lumea recentă, o parte din comportamentele depresive ar avea în spate un mecanism regresiv care atrage non-violența şi protecția socială. Ideea sumisiunii şi regresiei e aplicată şi modelului cataton al depresiei. În catatonie fenomenele de ecou psihic (ecomimia, ecolalia, ecopraxia) sunt edificatoare pentru sumisiune şi identificarea cu un individ dominator.Iar inhibiția catatonă este comparată cu mimarea morții, care este un model de apărare foarte vechi fologenetic. (De remarcat că încă în prima jumătate a secolului XX Kretschmer – 1923/1960 - a invocat acest reflex „Totstelreflex" în germană pentru explicarea inhibițiilor stuporoase reactive şi a leşinului histeric). Modelul coportamental de apărare prin inhibiție şi imobilitate este dependent de nivelul reptilian al creierului.

Teoria sumisiunii nu explică însă suficient depresia ce apare în urma pierderii unei persoane apropiate. De aceea modelul explicativ al depresiei s-a dezvoltat în cadrul p.pt.e. şi în corelație cu perspectiva developmentală. Comportamentul depresiv induce o nevoie crescută de grijă, protecție şi ataşament, fapt pe care-l determină şi regresia psihică. S-a constatat că neglijarea, absența sau separarea îndelungată a copilului de persoana de ataşament, determină o stare care, după proteste şi agitație, ajunge la o detaşare depresivă. Teoria ataşamentului postulează instalarea odată cu ataşamentul a structurii funcționale „internal working model". Adică a prezenței figurii de ataşament în interiorul psihismului copilului, relația efectivă cu acesta făcându-se prin intermediul modelului protector interior care el însăşi dă siguranță. Absența îndelungată a figurii de ataşament - sau ulterior, la vârsta adultă, dispariția definitivă a unei persoane de care

subiectul este intens ataşat declanşează aceeaşi reacţie regresivă de inhibiţie depresivă.

P.pt.e. comentează deasemenea formarea şi funcţionarea adaptativă a stimei de sine la indivizii umani. Pentru a avea succes în cadrul competiţiei sociale, individul trebuie să evalueze în permanenţă cognitiv şansele ce le are. Dacă face o investiţie afectivă şi socială el resimte dreptul şi nevoia de a obţine un rezultat, de a avea anumite avantaje în urma acestei investiţii. Dacă resimte că nu primeşte suficient în raport cu ceea ce dă, subiectul se simte frustrat. El resimte că celălalt nu apreciază efortul şi activitatea sa prosocială. Acest mecanism ar sta la baza depresiei de intensitate medie, a disforiei. Autoaprecierea este un important factor motivaţional, având o funcţie de potenţare a efortului adaptativ. Supunerea, slăbiciunea, inhibiţia, incapacitatea, se corelează cu o scăzută stimă de sine. Stima de sine scăzută, regresia şi inhibiţia se pot potenţa reciproc în instalarea şi menţinerea depresiei.

Depresia sezonieră a fost asemănată cu hibernarea. E vorba de o retragere în condiţii de inhibiţie şi hipometabolism ca fenomen adaptativ faţă de reducerea resurselor. Tot o funcţie de refacere o are inhibiţia astenică de după epuizare. Alte studii au subliniat rolul retragerii inhibate în prevenirea infecţiilor. Watson şi Andrew propun două funcţii adaptative ale depresiei. Prima ar fi funcţia de „ruminaţie socială", de retragere pentru a evalua circumstanţele sociale. A doua ar fi cea de motivare a investimentului altora pentru protecţie şi ajutor în perioadele critice. Ideea că în depresie persoana se poate retrage pentru ruminare asupra situaţiei, pentru reevaluarea acesteia şi echilibrare interioară în vederea orientării spre noi proiecte e interesantă. Ea se poate corela cu observaţii şi analize asupra depresiei care au fost făcute din alte perspective decât cea evoluţionistă. Astfel, în mod tradiţional

„melancolia” a fost corelată cu meditația înțelepților privitor la lipsa de sens, la „deşertăciunea” lumii. Clasică e formularea din Ecleziastul: „O, deşertăciune a lumii, toate sunt deşertăciuni!”. La nivelul existenței curente a persoanei umane, retragerea meditativă poate favoriza reevaluarea propriei poziții în lume, a momentului existențial în care subiectul se află, a opțiunilor valorice pe care le are sau le poate da vieții sale. Acest fapt e binecunoscut în istoria culturii umane. Retragerea pentru „bilanț existențial” are însă o altă semnificație decât depresia de doliu.

Cazul depresiei e edificator pentru căutările p.pt.e. în direcția descifrării semnificației adaptative a fenomenelor umane normale ce pot avea variante anormale dezadaptative. Chiar dacă încercările p.pt.e. par compozite, aceste analize ne duc mai departe decât asertarea neproblematizantă că e firesc şi natural ca omul să fie în anumite împrejurări depresiv. De fapt, pluricondiționalitatea adaptativă a depresiei ar putea explica şi variatele forme clinice.

Prin comparație cu depresia, mania a fost considerată o formă extremă a comportamentului adaptativ de dominare şi competiție, mai ales în perspectivă sexuală. E prezentă o dezinhibiție instinctivă, o sociabilitate gregară şi combativitate crescută, astfel încât manifestările din cadrul rutului sunt favorizate. Dar şi în afara acestuia comportamentul energic, asertiv şi care minimalizează riscul, apare ca unul adaptativ în orice situație critică. Aceste caracteristici de performanțe sunt prezente şi la om, atât în ceea ce priveşte dezinhibiția sexuală – care acum nu mai e chiar adaptativă, uneori deranjând relațiile conjugale – cât şi performanța de realizare în acțiuni care comportă risc, mai ales în cele ce implică relații sociale, subiectul minimalizând distanțele psihologice şi convenințele. Există astfel motive

ca, comportamentul de tip hipomaniacal să fie selecţionat, dată fiind valoarea sa adaptativă.

La om, o stare de bună dispoziţie, de euforie de tip hipomaniacal se manifestă şi cu ocazia împlinirilor, a succeselor, a evenimentelor pozitive ce sunt sărbătorite comunitar. În această direcţie se relevă şi o altă împrejurare ce poate selecta acest tip de comportament la om. Sărbătorile umane, în faza lor dezinhibată, promovează tocmai modelul comportamental hipomaniacal, sprijinindu-l prin consumul de băuturi alcoolizate. Faptul e adaptativ prin consolidarea coeziunii sociale. Aceasta este de fapt funcţia esenţială a sărbătorilor, care la origine vizează invocarea transcendenţei ca şi garant al succeselor terestre. Sărbătorile se desfăşoară tradiţional în două faze : prima prin reculegere şi sobrietate ritualică şi a doua dezinhibat carnavelească. De subliniat că sărbătorile umane se desfăşoară si ele periodic, la fel ca şi rutul, fapt ce participă la selectarea ritmicităţii manifestărilor de acest gen.

Abordarea stărilor depresive şi hipomaniacale ca fenomene adaptative, utile şi semnificante pentru o viaţă umană normală, lărgeşte baza de înţelegere a variantelor lor psihopatologice. Plurifactorialitatea sensurilor adaptative ale depresiei şi ale maniei nu are să fie deconcentrată, deoarece ambele sindroame au nenumărate subtipuri şi forme clinice de manifestare. Dimpotrivă, se poate presupune că s-a realizat o confluenţă în direcţia unui „modul psihocerebral" unificator pentru aria depresiei şi maniei. Iar perspectiva clinică a spectrului şî a subtipurilor păstrează urmele unor origini diferenţiale. Atât starea depresivă cât şi cea maniacală poate fi interpretată ca vârful unui aisberg, ca o alunecare sau deraiere a unor fenomene normale, selectate adaptativ, care se şi autoîntreţin constant dată fiind semnificaţia şi utilitatea lor. Desimplicarea din sinteza firească a vieţii

de zi cu zi, autonomizarea şi manifestarea intensă, rigidă şi simplificată, ne conduce spre registrul psihopatologiei.

*

* *

Tulburările de personalitate sunt un alt domeniu de aplicare a p.pt.e. Atenția a fost atrasă de la început de două tipuri. Tipul histrionic are valențe pozitive pentru creşterea selecției sexuale manifetsându-se ca o extremă a conduitei adapative de atragere şi cucerire a partenerului. Tipul antisocial, psihopatul, are şanse importante de succes şi supraviețuire personală datorită hipoemotivității, calculului rece în evaluarea situațiilor şi urmărirea pragmatică a obiectivelor pentru interese proprii. Psihopatul reuşeşte deseori să se sustragă pedepsei pe care o merită şi are şanse crescute să se reproducă prin stilul său dominator de a fi. Această aplicare a p.pt.e. la tulburări de personalitate ridică însă probleme morale. Într-un sens mai larg ideile p.pt.e s-ar putea aplica t.p. în contextul unui comentariu care să analizeze cum toate variantele tipologice ale acesteia se dezvoltă dintr-un punct de plecare unde trăsăturile sunt naturale, pozitive şi adaptative. Faptul e valabil pentru fenomene cum sunt: suspiciunea paranoidului, submisivitatea dependentului şi chiar izolarea schizoidului sau comportamentul evitant al hiperemotivului anxios. Toate tipurile de tulburare de personalitate, în variante uşoare, în care trăsăturile sunt doar accentuate, se pot manifesta performant în unele sectoare prefențiale ale vieții sociale umane. Schizoidul poate fi performant în activități tehnice în care lucrează izolat iar indiferența sa e adaptativă în contextul unor hipersolicitări stresante. Conduita evitantă nu împiedică perfomanțele ridicate în ambianța protectivă a familiei şi protejează subiectul de conduite necontrolate, stridente, neadecvate sau deranjante social. Problematica psihopatologică nu stă în cazul tulburărilor de

personalitate, la fel ca în întreaga psihopatologie, în tipologia lor, ci în minusul psihopatologic ce-l exprimă.

8.2.Noile abordări ale psihopatologiei în viziunea cognitivismului

Psihologia cognitivistă s-a dezvoltat în cadrul paradigmei ştiinţifice cognitive contemporane în strânsă corelaţie cu avansul în domeniul „inteligenţelor artificiale" (I.A.) şi neuroştiinţelor. S-a căutat astfel să se umple spaţiul „cutiei negre" a comportamentalismului, între intrarea informaţiei în sistem („input") şi ieşirea răspunsului comportamental („output"). Prelucrarea informaţiei a fost tot timpul tematica care a preocupat-o. (Bolton, 1996). Doar că, mutaţia s-a produs în direcţia atitudinii active, a intenţionalităţii, a căutării, obţinerii, selecţiei şi prelucrării informaţiei în raport cu un fundal motivaţional şi de cunoştinţe preexistent în individ şi în raport cu parametrii situaţiei actuale. La baza cognitivismului stă intenţionalitatea, concept dezvoltat de Brentano în sec.XIX şi care în sec.XX a fost iniţial preluat şi dezvoltat de fenomenologie. O serie de aspecte clasice ale psihologiei au fost cuprinse în programele de cercetare cognitivistă. Astfel sunt la loc de cinste capitole privitoare la : atenţie, percepţie, reprezentare, memorie, idei şi convingeri (raţionale şi iraţionale) intenţii, proiecte, decizie, execuţie. Desigur, problematica e formulată în sensul activ al căutării şi filtrării informaţiei – din exterior şi din memorie – a sintetizării sale, a cunoaşterii şi reprezentării lumii, a ierarhizării motivelor de acţiune, a alegerii strategiilor şi mijloacelor de execuţie. (Miclea, 1994). Vigilitatea şi conştienţa, la fel ca limbajul articulat şi sinele (self-ul), sunt şi ele studiate sistematic, deoarece învăluie această funcţionare cognitivă a individului uman, care se desfăşoară prin activarea succesivă şi conpenetrantă a anumitor zone encefalice, a unor moduli psihocerebrali. Cognitivismul acordă importanţă şi subiectivităţii, perspectivei – sau

autorității – „persoanei întâi”, pe care o polarizează cu perspectiva obiectivantă şi observațională a „persoanei a treia”. Cognitivismul neoraționalist acceptă că psihismul uman – mintea – este conştientă, şi că există o problemă „minte-corp” pe care a abordat-o încă Reyle în cartea sa din 1947 „Psiholoshpy of Mind” în sensul depăşirii dualismului cartesian. Preocuparea pentru relația minte/creier a condus la o impetuoasă dezvoltare a ştiințelor neuro-cognitive. Dar şi la formulări de tipul : „creierul şi sinele său” (The Brain and its Self , titlul unei celebre cărți a lui Popper şi Eccles).

Interesul cognitivismului pentru funcționalitatea creierului şi a corelării acesteia cu manifestările psihice, pleacă de la situația nemijlocită a omului dat, aşa cum poate fi el studiat acum. În raport cu p.pt.e. cognitivismul nu se interesează în mod direct de geneza evolutivă a funcțiilor psihice adaptative de semnificația adaptativă a acestor funcții în normalitate. De ex. comportamentul omului normal e considerat a fi în esență rațional; el se bazează pe argumente şi credințe raționale. Credințele raționale în anumite idei joacă desigur un rol important în funcționarea şi adaptarea persoanei. Dar cognitivismul se preocupă mai ales de mecanismele ce intră în joc în cazul inferențelor raționale şi neraționale şi nu însăşi semnificația adaptativă a credițelor raționale, de geneza unui psihism care utilizează adaptativ convingerea în anumite idei. Accentul pe care îl pune cognitivismul pe studierea funcțiilor cerebrale este însă deosebit de util pentru înțelegerea manifestărilor psihice umane. Sunt studiate corelațiile cerebrale, suportul sau identificarea zonelor de implicare cerebrală în cursul desfăşurării proceselor psihice, predominent cognitive, normale şi patologice. Aceste procese au însă diverse complexități. Simpla evocare şi utilizare mnestică se realizează prin activarea zonei hipocampice. Datele mnestice sunt însă utilizate în diverse procese, cum ar fi recunoaşterea altor

persoane, identificarea atitudinii acestora față de subiect, evaluarea unei situații în care subiectul e supravegheat cu intenții ostile, evaluarea şanselor personale în raportarea la o astfel de situație prin diverse strategii, luarea în considerare a împrejurărilor în care atitudinea ostilă a altora e persistentă. De aceea, în analiza implicării funcționării cerebrale, cognitivismul are nevoie de modelări, care să definească problema de studiat.

Ideea funcționării prin moduli psihici adaptativi pe care o promovează p.pt.e. se poate articula fructuos cu ideea studierii unor moduli psiho]cerebrali – ca bază a unor moduli psihopatologici subsindromatici – pe care o sugerează psihologia şi psihopatologia cognitivistă – p.pt.c.

*

* *

Psihologia cognitivă nu este o ştiință într-u totul unitară, fapt ce se evidențiază şi în raportarea sa la psihopatologie. O direcție a cognitivismului care susține o anumită formă de psihoterapie, de ex. cea a lui Beck, a avut o dezvoltare marginală în raport cu curentul menționat mai sus. Ea a derivat din psihanaliză, comportamentalism, teoriile învățării, teoria constructelor personale ale lui Kelly şi modelul developmental al lui Piaget. Principiul teoretic fundamental al terapiilor cognitive este acela că modalitatea în care o persoană structurează experiențele şi raportarea la realitatea actuală, este orientată şi filtrată de credințe profunde ce s-au structurat, în cursul ontogenezei. Acestea sunt în mare măsură inconştiente şi în acelaşi timp mai mult sau mai puțin disfuncționale, ultimele rezultând din învățări distorsionate. Este acceptat un principiu nivelic al structurii psihismului, o dezvoltare biografică şi o dinamică în timp a apariției şi întreținerii simptomatologiei. Beck s-a preocupat inițial de depresie. Nivelul cognitiv cel mai profund constă dintr-un set de credințe nucleare (core beliefs) care se

formează de-a lungul experienţelor timpurii şi sunt apoi structurate, modelate şi întărite pe parcursul experienţelor de viaţă. Exemple sunt credinţele ce pot fi formulate prin sentinţe ca : sunt neajutorat(ă); lumea e plină de pericole; viitorul e nesigur etc. La un nivel mai puţin profund sunt credinţele intermediare care apar din nevoia de a structura mai consistent şi coerent realitatea şi propriile experienţe. Ele pot fi de trei feluri : - reguli, de exemplu : „trebuie să am totul sub control”; - atitudini, de ex. : „e groaznic să fii singur”; - asumpţii subjacente (underlying assumption) care au o structură de tip ipotetic (dacă X atunci Y), ex. „dacă o să plouă în vacanţă o să fie sigur un dezastru”. La nivelul cel mai superficial se întâlnesc gânduri automate care sunt cuvinte, idei, imagini ce trec prin mintea persoanei într-o situaţie specifică, spontan şi involuntar. Şi care condiţionează emoţii, comportamente, reacţii fiziologice. Esenţială este ideea că tulburarea psihică nu e determinată integral de evenimentul sau stresul actual; acţionează structuri, atitudini, mecanisme ce sunt corelate cu convingeri profunde şi vechi, d.p.d.v. ontogenetic. Această idee seamănă până la un punct cu cea a psihanalizei care avea în vedere o evoluţie în doi timp. Structurarea în prima fază, în copilărie a unor complexe şi fixaţii developmentale, nearmonice dar care sunt mascate şi ancorate adânc în inconştient; - a doua fază e cea actuală când în urma unui eveniment se produce o regresiune psihică cu activarea complexelor inconştiente şi perturbarea psihismului. În aceste condiţii, psihismul persoanei caută să îşi apere echilibrul prin diverse mecanisme, generându-se astfel simptomatologia. O diferenţă importantă constă în faptul că, cognitivismul pariază în primul rând pe învăţare şi nu ca în psihanaliză, pe conflictul intrapsihic dintre pulsiunea sinelui şi interdicţiile supraeului moralizator. Proiectul (psiho)terapeutic al cognitiviştilor urmăreşte conştientizarea nivelelor mai profunde, a

credinţelor, asumpţiilor şi schemelor distorsionate de gândire şi evaluare. Conştientizarea cogniţiei maladive este dublată de exerciţii în vederea însuşirii unui comportament şi a unor asumpţii adecvate. La acest nivel psihoterapia cognitivistă se corelează cu tradiţia celei comportamentaliste. De fapt, Ellis, un alt pionier al psihoterapiei cognitive, a propus de la început schema A B C. A se referea la activarea actuală în anumite condiţii stresante a convingerilor (Believe) disfuncţionale care conduc la un comportament neadecvat. Această schemă aminteşte de cea a cmportamentaliştilor, deşi accentul e pus pe cogniţie, pe convingerile neadecvate.

Referinţele frecvente la credinţele profunde pe care o face cognitivismul are în vedere un nivel transituaţional al psihismului, corelat instanţei biografice, cuasistructurale a psihismului. Acest nivel metareprezentaţional şi autonoetic stă în spatele manifestărilor actuale ale „sinelui nuclear" în raportarea sa situaţională la lume, la alţii şi la sine. O importantă parte a studiilor cognitiviste se referă la acest nivel metareprezentaţional, autonoetic al sinelui. Referinţa directă, neproblematizantă la convigeri (credinţe) ca la un fapt real şi pozitiv al psihismului uman, caracterizează cognitivismul şi îl diferenţiază de comportamentalism, pentru care „credinţele" umane sunt realităţi extrem de problematice.

O altă variantă, a cognitivismului care e utilizată în terapie, se referă la psihoeducaţie. Aceasta abordează problematica psihoterapiei la un nivel mai superficial. Conform unei axiome terapeutice actuale, terapeutul trebuie să îl transforme pe pacient în co-terapeut instruindu-l asupra naturii şi mecanismelor de apariţie a tulburării pe care o are. Precum şi privitor la simptomatologie şi tratament, la riscurile şi alternativele terapiei şi a ignorării acesteiea. În psihopatologie, acest proces e posibil, necesar şi util,

crescând complianța şi menținând remisiunea. Pacientul, să spunem schizofrenul, delirantul sau maniacalul trebuie să ia cunoştință de simptomele bolii sale, să le învețe, să le poată detecta singur pentru a negocia cu terapeutul tratamentul necesar. Procesul poate fi la început dificil în condițiile în care psihoticul este anosognozic, nu are o înțelegere adecvată („insight") privitor la aspectele psihopatologice ale psihismului său. Dar, prin terapie complexă, cogniția conduitei maladive poate progresa. Fostul pacient va face o distincție între persoana sănătoasă si echilibrată şi psihopatologia pe care a avut-o şi care tinde uneori să reapară.

Orientarea terapeutică actuală pentru tulburările psihice serioase, deşi abordează cu succes problematica delirului, depăşeşte însă intervențiile cognitive şi comportamentale țintite, inclusiv cele privitoare la reabilitarea psihosocială şi antrenamentul abilităților sociale, vocaționale şi de relaxare, care şi ele au fost stimulate de cognitivism. Nici inserția socio-profesională nu este un obiectiv suficient. Se are în vedere, în plus, o reconversiune existențială, în urma căreia, prin procesul de „recovery" subiectul să găsească un nou sens pentru existența sa, un drum de viață cât mai bun – acceptat şi asumat – în limitele pe care i le permite trecerea sa prin boală. O viață a cărei calitate şi rost poate progresa, cu toată afectarea sa prin tulburarea psihică serioasă. Acest sens complex al îngrijirii persoanei cu tulburări mintale a fost stimulat de cognitivism.

*

* *

Între funcțiile cognitive în prim plan apar atenția, percepția şi memoria. Acestea sunt fundamentale şi în patologia animală având un suport neurofiziologic ce poate fi studiat sistematic. La om, ele sunt desigur mai complexe, dată fiind dezvoltarea limbajului articulat, a funcțiilor executive şi

mai ales a relaționării interpersonal sociale. Există însă un nivel bazal al funcționării cognitive prin atenție, percepție şi memorie, care se referă la trăirile actuale şi este strâns corelat cu funcționarea nerocognitivă. Această instanță se dovedeşte perturbată în unele tulburări psihice, ca de exemplu schizofrenie.

Studierea recentă a schizofreniei a relevat pe lângă semiologia care o califică şi o delimitează ca entitate nosologică şi o serie de alte tulburări psihice care au fost numite neurocognitive, cu semnificație clinică variată (Kefefe, 2004). Acestea se referă la (Goldstein, 2004): - Memoria de scurtă durată/de lucru şi cea de lungă durată, ambele investigate prin probe verbale şi vizuo-spațiale, funcții executive şi atenție selectivă. Câteva din aceste teste sunt : Wechsler Memory Scale (Wechsler, 1997); Digit Span, Letter Number Sequecing; Rey Auditory Verbal Learning Test (Rey, 1964); Immediat Recall; CANTAB (Robbins etal, 1994); Semantic/Verbal Memory Test – utilizate pentru memoria verbală de lucru. Pentru cea vizuospațială se pot menționa : Benton Retention Test (Benton Sivan, 1991); Wechsler Memory Scales (Wechsler, 1997); Spatial Span; Rey – Osterrich Complex Figure Test (Rey, 1941; Rey şi Osterrich,1994); Immediate Recall, CANTAB (Robins et al 1994). Pentru memoria de lungă durată verbală şi vizuospațială se folosesc alte variante ale probelor Wechsler, Rey, CANTAB dar şi testele : Stroop Test (Stroop, 1935), Wisconsin Card Sorting Test WCST (Berg, 1948, Heaton, 1981), Trailmaking B (Reitan and Walfson, 1933). Pentru atenția selectivă, probele Stroop, CANTAB, d2 (Brickenkamp & Zillmer, 1998).

Aceste perturbări cognitive preced apariția clinică a tulburării în diverse configurații şi intensități. Unele din ele sunt agravate de recăderi şi au o corelație cu adaptarea socială în perspectiva longitudinală. Corelația lor

cu simptomatologia definitorie pentru schizofrenie este în mod variat interpretată dar nu este univocă. Un aspect asupra căruia s-a insistat mult a fost tulburarea memoriei de lucru care, de fapt, e strâns corelată sau dependentă de filtrul atenţional.

Atenţia e definită de obicei ca o orientare selectivă a individului în situaţie, orientare prin care un domeniu informativ – exterior şi/sau interior – este delimitat, informaţia accesibilă fiind filtrată, selectată şi ierarhizată ca semnificaţie, pentru un anumit obiectiv sau scop. Referirea la memorie ţine de faptul că orice informaţie actuală se cere comparată cu fondul de cunoştinţe pentru a i se evalua noutatea şi corelaţia cu cele deja ştiute. Una din tulburările cognitive din schizofrenie ar consta în deficitul de selecţie şi ierarhizare a informaţiilor actuale, cu dediferenţierea între ceea ce este esenţial şi neesenţial, între ceea ce este nou şi ceea ce este deja cunoscut. Acest deficit de filtru informativ face ca psihismul şi creierul să fie bombardat în permanenţă de informaţii multiple şi inutile. Subiectul trebuie să facă un efort deosebit şi uneori conştient pentru a ordona şi ierarhiza informaţiile, fapt ce îl epuizează. Unele conduite de evitare şi retragere autistă a schizofrenilor ar putea fi astfel explicate. Această tulburare atenţională precede apariţia episodului maladiv, poate fi prezentă de-a lungul întregii vieţi, fiind accentuată de episoade noi. Ea e prezentă şi la rudele colaterale, fiind deci un marker al tulburării. În corelaţie cu tulburările atenţionale şi ale memoriei de lucru, percepţia realităţii nu se realizează nici ea pregnant şi coerent, fapt cu repercusiuni în înţelegerea semnificaţiei expresivităţii altor figuri umane şi a situaţiei. De fapt, acest deficit cognitiv sectorial apare ca o expresie a unei perturbări de ordin mai general, care consta în alterarea coerenţei centrale ierarhizate a psihismului. Tulburare care se manifestă în diverse arii de funcţionare psihică. Memoria episodică şi

cea biografică nu au nici ele suficientă coerență subiectivă şi în perspectiva relatării. La fel se petrec lucrurile în planul dialogului, a comunicării ideo-verbale, al motivației şi comportamentului.

*

* *

Abordarea cognitivă a psihologiei şi psihopatologiei e strâns corelată cu trimiterile la funcționalitatea creierului. Ea a invocat frecvent funcționalitatea psihocerebrală modulară aşa cum a expus-o Fodor în 1983. Referirea la unități funcționale bine specializate, încapsulate, cu bază cerebrală, eficiente şi care pot sta la baza unor disfuncții stimulează studiile experimentale riguroase. Această modularitate psihică rigidă, pe care a adoptat-o un timp şi până la un punct p.pt.e. susține cercetarea funcționării creierului prin vizarea unor configurații funcționale ce implică diverse arii cerebrale. Cercetările în această direcție au evidențiat într-adevăr o „modularitate psihocerebrală" care însă nu e identică cu modularitatea psihică. Creierul, susținând funcționalitatea psihice, poate pune în joc unități funcționale care participă la diverse manifestări sau comportamente ce se diferențiază ca semnificație. O stare hipervigilă e necesară atât în investigarea unui teritoriu necunoscut cât şi în alerta față de un posibil pericol sau într-o confruntare combativă. În psihopatologie, o inhibiție psihomotorie de tip stuporos se întâlneşte atât în unele tumori cerebrale. Schema manifestărilor din patologia obsesiv-compulsivă implică circuite cerebrale cognitiv-comportamentale care susțin funcțiile executive, de la decizie la efectuare; această schemă se manifestă însă altfel în obsesie şi în comportamentul impulsiv.

În sfârşit, o situație interesantă este cea a stărilor afective mixte care prezintă unele simptome caracteristice maniei şi altele depresiei; de ex.

inhibiție psihomotorie stuporoasă cu fugă de idei optimiste. E evident că starea maniacală, ce poate fi considerată în ansamblul ei ca derivând dintr-un model psihic adaptativ are la bază mai multe unități modulare psihocerebrale, care uneori se pot manifesta disociat, independent, în alte combinații decât cele uzuale.

Modularitatea psihocerebrală e importantă însă în semiologia psihopatologică susținând unele unități subsindromatice sau tablouri clinice speciale cum e şi cel al stărilor mixte menționate mai sus sau din diverse comorbidități sau subtipuri de episoade. Astfel depresia se poate manifesta inhibat, anxios sau iritabil. Ea se cere înțeleasă distinct atât de conceptul inițial schematic al modulilor psihici încapsulați cât şi de sensul mai larg a unor moduli psihici adaptativi situaționali antropologici. Problematica funcționării modulare a psihismului uman rămâne deschisă dezbaterii, elaborărilor şi modelărilor teoretice precum şi cercetărilor experimentale, în perspectiva aplicării ei la psihopatologie. Ca în orice domeniu important, formularea problemei joacă un rol de prim ordin.

*

* *

Spre deosebire de atenție, percepție şi memorie, considerate în aspectul lor general cogniția socială e un fenomen specific omului, deosebit de important pentru psihopatologie. P.pt.e studiază filogeneza acestui tip de cogniție iar p.pt.d. ontogeneza sa. P.pt. cognitivistă se focalizează asupra etapelor succesive ale apariției şi învățării în cadrul cogniției sociale, a mecanismelor ce-i stau la bază, o întrețin şi îi permit dezvoltarea. Momentele cheie, deja menționate sunt : recunoaşterea figurii umane; - stabilirea ataşamentului şi apoi a recunoaşterii de sine; - momentul ToM; - cunoaşterea narativă a sinelui şi celorlalți. Ataşamentul e un fenomen

biopsihic mai general, întâlnindu-se destul de jos pe scara filogenetică. El implică empatia şi multe mecanisme afective dar e pregătit de premize cognitive şi susţine dezvoltarea unor procese de cogniţie socială, împreună cu structurarea sinelui. Fenomenul ToM este însă specific uman iar structura sa de bază e cognitivă. Datorită importanţei pentru psihopatologie a cogniţiei sociale, are sens să se recapituleze etapele succesive ale dezvoltării acesteia.

La 6 luni bebeluşul începe să distingă între obiecte animate şi neanimate. Se dezvoltă apoi atenţia persistentă şi la 12 luni atenţia conjugată cu a mamei în abordarea realităţii din jur. Copilul ajunge chiar să solicite şi să pretindă mamei să-şi orienteze atenţia spre obiectul pe care vrea să îl semnaleze. Între 14 şi 18 luni copilul devine capabil să îşi întoarcă capul în direcţia pe care i-o indică celălalt şi începe să înţeleagă stări mintale ca dorinţa, intenţia şi relaţia cauzală între stările emoţionale şi scop.

Între 12 şi 24 luni, el descoperă diferenţa între evenimente reale şi reprezentarea unor stări ipotetice. Tot acum ajunge să se recunoască în oglingă şi să poată imita o persoană neprezentă (ceea ce maimuţele antropoide nu reuşesc). La 3,4 ani, momentul de ecloziune a fenomenului ToM, copilul ajunge să distingă intenţiile şi convingerile proprii de intenţii şi convingerile altora, incluzând diferenţa între ceea ce ştie el că e adevărat şi credinţele greşite ale celuilalt. Dar doar după 7 ani copilul înţelege metafora şi irona, gluma de vorbitul serios. Şi mai complexă e înţelegerea „falselor situaţii", care se realizează la 9-11 ani. E vorba de aşa zişii „paşi falşi" – „faux pas" -, când persoana ştie ceva ce nu ar trebui să ştie.

Pentru dezvoltarea tuturor acestor aspecte ale cogniţiei sociale momentul ToM e unul esenţial, el reprezentând faza de structurare a sinelui nuclear. Faptul e important în strategiile de relaţionare cu alţii nu doar pentru obiectivele cooperării şi apărării (evitării) ci şi pentru cele de a înşela pe alţii

şi de a detecta intenţiile altora de a-l înşela. P.pt.e. şi p.pt.d. studiază în prezent şi mecanismele „autoînşelării”, fapt ce poate creşte eficacitatea personală în raport cu alţii. Un individ care nu e conştient de toate dorinţele şi intenţiile sale – care uneori pot fi inacceptabile moral şi social – poate apărea pentru alţii ca un om credibil fiind mai puţin suspectat şi având în consecinţă succes. Inaccesibilitatea conştiinţei la propriile dorinţe şi intenţii deschide însă şi calea conflictului intrapsihic studiat de psihanaliză şi pe care p.pt.e. şi p.pt.d. îl readuc în discuţie, la limita între adaptabilitate şi psihopatologie.

Cogniţia socială se dovedeşte un proces psihologic complex, esenţialmente adaptativ. Dar şi punct de plecare pentru stările psihopatologice, pe care cognitivismul actual le abordează dintr-o nouă perspectivă.

*

* *

Cogniţia socială pentru care momentul de structurare a modulului ToM e un fapt esenţial, se desfăşoară pentru individul uman în mediul pe care îl asigură limbajul articulat, asertiv şi narativ. Toate funcţiile cognitive sunt marcate de dimensiunea lingvistică a existenţei umane; dar mai ales memoria şi reprezentarea. Memoria episodică biografică, se raportează la evenimentele de viaţă trăite pe care subiectul le reactualizează, reprezentânduşi-le; pe care le poate relata şi face publice prin texte narative. Această abilitate este evident specifică psihismului uman. Naraţiunile biografice şi autobiografice au atras atenţia în ultimul timp celor ce se preocupă de psihologia persoanei. Psihologia narativă a persoanei îşi are originea în caracteriologie. Caracterizarea cuiva se face prin limbaj şi

etichetare evaluativă. Psihanaliza şi-a construit şi ea o imagine despre om pornind de la interpretarea hermeneutică a celor exprimate în cursul curei terapeutice. Dar actualele teorii narrative ale persoanei tind să vizeze predominant aspectele formulabile explicit ale istoriei de viaţă. Încă din copilărie omul se afirmă ca subiect ce relatează istorii, inclusiv despre sine, fapt ce participă la sedimentarea sentimentului conceptual de "eu" şi de durată subiectivă. Tomkin propunea ca subiectul să fie înţeles ca autor al unor scenarii, autor care apoi joacă în direct rolurile piesei pe care o prefigurează. McAdams (1999) înţelege identitatea persoanei ca centru al istoriei povestibile a propriei vieţi. Persoana fiecăruia se organizează prin asimilarea personajelor potenţiale şi reale care iradiază din ea. Hermas considera că subiectul se defineşte în mare măsură prin poveştile despre sine pe care le realizează el însuşi şi alţii. Toţi autorii preocupaţi de dimensiunea biografică a sinelui sunt de acord că : - sinele unei persoane e relatabil în naraţiuni; aceste naraţiuni au o anumită variabilitate condiţionată de obiectiv, autori, context; - naraţiunile despre o persoană, despre subiect uman sunt multiple, atât real cât şi potenţial; dar toate se referă la o permanenţă, la o identitate cu sine a subiectului, şi astfel, ansamblul istoriilor unei vieţi, povestite explicit sau aluziv de către alţii şi de către sine, organizează identitatea persoanei.

Psihologia narativă a persoanei este până la un punct un aspect exterior al sinelui. Ea se încadrează şi în sistemul de identificare socială a persoanei prin nume, acte de identitate şi fişe de cadre. Dar subiectul are propria sa istorie despre sine pe care parţial o adresează altora, parţial şi-o adresează sie-şi în cadrul autoreprezentării şi autoevaluării. Pentru unii oameni există şi jurnale intime şi autobiografii scrise, fapt ce îl interesa mult pe Jaspers. Acesta este un nivel "metareprezentaţional" al sinelui, mediat de

narativitatea biografică şi de exteriorizările persoanei prin peripeţiile existenţei sale. Nivelul metareprezentaţional se articulează direct nu doar cu instanţa publică a persoanei sociale ci şi cu nivelul sinelui nuclear care "mentalizează", dar într-un plan transsituaţional, pentru a constitui axul identităţii cu sine narative a persoanei. (Philips, 2007, Gallanger, 2003, Harre, 2007). El are două caracteristici distinctive importante: este elaborat prin intermediul limbajului discursiv – al logosului – şi presupune coerenţa sintetică a discursului. Nevoia de coerenţă sintetică a discursului biografuc are în subtext un mesaj despre sine, ce trebuie transmis comprehensibil. Subiectul, care acum e eroul unor povestiri despre lucruri petrecute efectiv sau imaginate, capătă prin demersul redactării biografice o coerenţă discursivă specială. El devine, dincolo de realitatea sa nemijlocită "în carne şi oase" un erou de poveste, fiind marcat de "efectul Don Quijote". Ca erou de naraţiune subiectul se raportează de asemenea la alţii, într-o lume umană dată. Astfel se constituie dimensiunea mai amplă a identităţii biografice a persoanei. Nu trebuie ignorat faptul că în psihopatologia clinică se operează cu "cazuri", care sunt o realitate secundă bazată pe infrastructura logosului. Iar în clinica psihiatrică se redactează Foi de observaţie şi Dosare de caz, care există şi circulă independent de subiectul "în carne şi oase" care le-a generat.

Perspectiva narativ biografică a persoanei este un fel de cupolă, care include toate instanţele sinelui identitar, bazându-se pe memoria episodică, autobiografică şi pe referenţialul limbajului public. Centrul ei este însă sinele metareprezentaţional, nivel la care subiectul se reprezintă pe sine împreună cu lumea pe care o cunoaşte, împreună cu celelalte persoane de care e legat sau cu care intră în contact. La acest nivel subiectul analizează, judecă şi evaluează situaţiile în care e implicat, semnificaţia acestora pentru sine,

propria poziție în situație. Şi la fel, el se analizează, judecă şi evaluează pe sine în egală măsură în care îi judecă şi îi evaluează pe alții în relația lor cu sine. În acest plan se manifestă stima de sine, părerea despre sine, evaluarea părerilor altora despre sine. Tot pornind de la acest nivel metareprezentațional, autonoetic, subiectul tinde să se autodetermine. Multe din studiile psihologiei şi psihopatologiei cognitive au în vedere aceste instanțe.

Dar centrul şi obiectivul psihologiei narative a persoanei, în ansamblul ei, îl reprezintă identitatea subiectului în multiplele ei incidențe.

Dimensiunea biografică şi autobiografică metareprezentațională a sinelui şi persoanei se perturbă în psihopatologie în multiple incidențe. Putem întâlni lipsa de coerență şi alunecarea în abstract pe care o trăieşte schizofrenul. Histrionicul imaginează şi trăieşte personaje multiple de-a lungul biografiei. Mare parte din deliranți trăiesc o metamorfoză a identității lor, bazată pe biografie şi întrețesută cu existența altora. În toate variantele, psihopatologia identității de personaj a persoanei, pe care dimensiunea biografică a sinelui o susține, se bazează pe această înțelegere a omului, pe care cognitivismul actual o studiază tot mai mult.

*

* *

Dimensiunea biografică permite persoanei să se distanțeze de situația trăită imediat, să se preocupe din perspectivă metareprezentațională de prezența sa într-o situație problematică de amploare, să se analizeze şi să se evalueze din perspectiva comportamentului şi relaționării cu altii. Realitatea este abordată şi din perspectiva eventualităților, a probabilităților. Există mai multe modalități de raportare a subiectului față de propria poziție într-o

situație problematică de durată, domeniu ce a interesat în mod deosebit psihopatologia cognitivistă.

În cadrul fobiilor subiectul ştie că pentru el există zone periculoase ale realității şi se aşteaptă la trăiri neplăcute. Spre deosebire de fricile normale, expectația fobicului se referă mai ales la apariția atacurilor de panică a căror semnificație ultimă este moartea. Situațiile care anunță sau amintesc de atacurile de panică sunt evitate sau îndepărtate. Dacă probabilitatea, apariției acestora e mereu întrevăzută, anxietatea anticipatorie a unei situații fobogene poate fi declanşată de diverşi indici iar preocuparea constantă a subiectului este de a-i detecta şi evita. Convingerile distorsionate ale subiectului atrag în orbita anxios-fobică trăiri neutre. Scenariul cognitiv de interpretare a trăirilor anxios fobice au în vedere tot timpul un plan reprezentațional imaginativ asupra căruia presează anumite convingeri distorsionate şi preocuparea tensionată privitoare la eventualitatea apariției unei stări de rău. Conduita principală e cea de evitare, retragere şi căutare a unei persoane protectoare.

Scenariul privitor la patologia obsesiv-compulsivă este până la un punct diferit iar perturbările psihice cognitive se centrează pe alte direcții. Obsesionalitatea implică şi ea universul posibilului dar în alt mod. Aspectul problematic central e identificat acum pe axa incertitudine/certitudine cu intervenția unui autocontrol exagerat. Ideația intruzivă, care e normală şi prezentă la orice om, scapă de filtrul ce o ordonează şi o ierarhizează, se desimplică şi se izolează din cursivitatea ei firească şi sintetică. Ea se impune chinuitor unei conştiințe hiperanalitice şi hiperscrupuloase; şi care, încearcă să o contracareze prin ritualuri mentale şi comportamentale. Obsesivul acordă mare importanță posibilului, uneori echivalându-l cu realul. Astfel apare fenomenul fuziunii dintre act şi gândire. Acesta constă

pe de o parte în sentimentul subiectului că dacă se gândeşte la ceva, acel lucru foarte posibil se va întâmpla sau chiar s-a întâmplat; sau, dacă se gândeşte la un lucru reprobabil e la fel de culpabil ca şi când l-ar fi făcut. La obsesiv ajung în prim plan inferențele bazate pe probabilitate, în raport cu cu care nu există verificare decât privitoare la consecințe. Predominarea posibilului şi probabilului se conjugă cu îndoiala şi incertitudinea. Această incertitudine nu ține de nivelul informativ şi ea întreține indecizia şi ambivalența, lipsa de spontaneitate şi naturalețe în viața cotidiană. Ca o reacție, comportamentul ajunge uneori să fie rigid, inflexibil, ritualic.

În relaționarea cu alții obsesivul nu caută neapărat protecția ca anxios fobicul ci e ambivalent. Caracteristica obsesionalității este ideația obsesiv agresivă față de alții, la un pol opus paranoidiei. Obsesivul nu resimte un pericol exterior din partea altora ci din partea unei realități fizice neperceptibile, care e tematizată ca infestare şi identificată în dezordine.

Deşi e diferită de atitudinea anxios fobică, preocuparea de durată a obsesivului e corelată tot unei atitudini pasive, în care el nu poate controla realitatea deşi face eforturi de control deosebite şi chinuitoare. Unele teme pot fi însă comune, aşa cum e cea privitoare la răul corporal. Preocuparea față de boală se poate manifesta atât în varianta anxios fobică cât şi în varianta obsesivă. Obsesivul e în mod special sensibil față de suprafața corporală, expusă contaminării şi în raport direct cu dezordinea şi murdăria din jur. Preocuparea fața de sănătatea corporală şi față de aspectul corporal poate să se manifeste însă şi sub forma unei ideații supraevaluate împotriva căreia subiectul nu mai luptă ca în cazul ideii obsesive. Sub această formă a preocupării prevalente se poate manifesta nu numai hipocondria, ci şi dismorfofobia, preocuparea față de siluetă etc. În această direcție se poate urmări o tranziție de la incertitudinea obsesivă până la certitudinea delirantă,

trecându-se prin ideația supraevaluată. Acest aspect a fost sesizat de Hollander care a introdus în spectrul obsesiv o axă de ordonare a unor tulburări între polul incertitudinii şi cel al certitudinii.

Patologia delirantă, mai ales în varianta delirului monotematic, a fost şi ea mult studiată de cognitivism. Problematica delirului se plasează tot la nivelul metareprezentațional al psihismului, al sinelui. Conform unei definiții tradiționale, delirul constă dintr-o convingere nerațională într-o idee neadevărată care nu poate fi modificată prin argumente. Convingerea delirantă se referă în cele din urmă la o temă care exprimă preocuparea şi evaluarea subiectului față de poziția sa într-o situație problematică de durată care îl implică. Referința la sine este centrală în tematica convingerilor delirante, fie că e vorba de propria sănătate, aspectul corporal, identitate, valoarea proprie – bună sau rea, vinovată – capacitățile subiectului, felul în care alții se raportează la sine, eventualitatea de a fi supravegheat sau persecutat.

Plasarea problematicii delirante la nivelul metareprezentațional se corelează cu tematizarea discursivă a delirului, cu faptul că el poate fi exprimat printr-o caracterizare lingvistică ce-l rezumă. Acest aspect diferențiază delirul de simpla dispoziție afectivă în care, de exemplu, subiectul se poate simți capabil şi puternic sau slab şi vinovat; dar fără a tematiza această poziționare atitudinală.

Studierea cognitivistă a delirului a relevat o serie de tulburări precum : - graba spre a concluziona („jump to conclusion”) fără a parcurge toate etapele şi conexiunile necesare; - graba şi distorsiunea atribuirii cauzalității evenimentelor trăite de subiect, a „locusului de control” al acestora, care e diferit în depresie şi paranoidie; - modificarea în realizarea şi interpretarea

percepției, în derularea inferențelor de gândire şi în controlul certitudinii concluziilor etc.

Diferența între modalitatea de abordare a preocupărilor la nivelul metareprezentațional, delimitează domeniile de patologie în zona anxios fobică, cea obsesiv-compulsivă şi cea prevalențial delirantă. Zone care pot avea domenii tematice comune, cum ar fi preocuparea hipocondriacă sau cea de culpabilitate. În toate aceste domenii contribuția psihopatologiei cognitiviste e remarcabilă. Şi se aşteaptă în continuare noi progrese.

*

* *

Psihologia cognitivă a stimulat studierea dezvoltării ontogenetice a cogniției sociale, edificatoare pentru structurarea nivelelor sinelui. Contribuția sa în acest domeniu exprimă accentul pus pe cogniție şi pe bazele cerebrale, ale acesteia. Problematica sinelui este însă mult mai complexă. Faptul poate fi comentat în legătură cu două momente cheie ale ontogenezei, relația de ataşament şi fenomenul ToM.

Relația de ataşament care începe să se dezvolte la copil după 8 luni are la bază în mod evident, o serie de câştiguri cognitive succesive, ce au fost comentate şi ca instalarea şi funcționarea unor moduli psihocerebrali. Primul şi cel mai important este recunoaşterea feței umane care la început e parțială, orin câțiva indici spațiali – ochii, distanța dintre ei şi gură, aspectul gurii, indici privitor la nas. Ulterior se ajunge la perceperea integrală a feței ca şi configurație semnificantă iar a figurii materne ca structură perceptivă în principiu protectoare. Tot procese cognitive ar fi : câştigarea capacității de a ține privirea țintită spre un obiectiv, conjugarea privirii cu a mamei, pretenția ca cei din jur să privească în direcția dorită; şi, în final, recunoaşterea propriei figuri în oglindă, în jur de 1 şi 8 luni. Toate aceste

aspecte stau la baza relației de ataşament. Dar aceasta nu se reduce la un fenomen cognitiv, deşi se bazează pe procese cognitive. Ea este în esență un proces instinctivo-afectiv, de identificare a copilului cu mama în cadrul unui „câmp" psihologic special. Fenomenul de ataşament al puilor coboară foarte mult pe scara filogenetică desfăşurându-se în absența unei cogniții diferențiate. Specificitatea instalării sale la om e condiționată de factori ca importanța excepțională a relaționărilor interpersonale în psihologia umană şi lunga perioadă postuterină în care copilul se dezvoltă doar cu îngrijiri materne. Deşi se pot evidenția baze cerebrale pentru relația de ataşament, „câmpul psihologic" în care acesta se dezvoltă şi se desfăşoară necesită abordări speciale şi un înțeles al psihismului ce nu se reduce la cognitivismul raționalist (Allen, 2007).

Cel de al doilea aspect care se impune ca particular este ecloziunea la 3-4 ani a fenomenului mentalizării ToM. În studiile experimentale ce s-au efectuat sistematic acesta a fost analizat în primul rând d.p.d.v. cognitiv: copilul ajunge să perceapă şi să cunoască intuitiv intenționalitatea situațională a altuia. Fenomenul ToM a fost abordat şi el, la fel ca alte achiziții ale cogniției sociale, în perspectivă modulară. Baron-Cohen, unul din părinții problematicii ToM, care a pledat pentru modularitatea acestui fenomen, a ajuns la părerea (1995) că el se constituie din fuziunea a 4 module – în înțelesul pe care Fodor îl dădea acestora – şi anume: - un detector al intenționalității (ID): - un detector al direcției privirii oculare (EDD); - un detector al mecanismului atenției împărtăşite (SAM) şi un „mecanism al teoriei minții" (ToM). Ulterior însă (2005) a recunoscut nevoia de a încorpora emotivitatea în această viziune modulară şi a adăugat încă doi moduli: - un detector al emoțiilor (TED) şi un sistem al empatizării (TESS). Această abordare analitic modulară a stimulat cercetarea

neurofiziologică dar nu a asigurat un suport pentru înțelegerea şi studierea de ansamblu şi țintită a acelei realități pe care o relevă fenomenul cognitiv relevat de studiile empirice privitoare la ToM. În perspectivă strict modulară s-ar putea vorbi mai degrabă de un „complex modular" indicat de ToM. Sau, cum se comentează tot mai frecvdent în prezent, de o instanță a „mentalizării".

Fenomenul ToM, aşa cum e descris el prin studiile experimentale efectuate, este un proces cognitiv prin care copilul cunoaşte, în situație gândurile şi intențiile altuia ca fiind diferite de ale sale. El „mentalizează". Nedezvoltarea acestui fenomen însoțită de o deficiență a coerenței cerebrale se întâlneşte în autismul Kanner. Dar fenomenul ToM – sau instanța psihică ce-i stă la baza – e implicat şi în alte fenomene psihopatologice aşa cum simptomele de prim rang Schneider din schizofrenie. În acest sindrom subiectul este convins că alții îi supraveghează intimitatea cu aparate speciale şi că „îi citesc gândurile". Fenomenul ToM, aşa cum e dovedit experimental, indică doar faptul că după 3-4 ani copilul e capabil să ghicească în situație gândurile altuia. Pentru înțelegerea fenomenelor de prim rang Schneider se cere a se accepta că această funcție este o competența a unei instanțe – a sinelui nuclear – care are însă o funcționalitate mai complexă. Şi anume :

a) Funcția de cunoaştere – atribuire, intuire, ghicire, citire a intenționalității altora (emoții, atitudini, dorințe, intenții, opinii) în situație;
b) Funcția perceperii propriului sine, a propriei minți înrădăcinată în propriul corp, care are trăirile sale intime (gânduri, intenții, senzații, emoții, opinii, motivații) ce emerg din sine şi-i aparțin subiectului, fiind resimțită ca distinctă de ale altora. Această trăire e implicată în

precedenta dar ea subliniază faptul că subiectul resimte că lui îi aparţine în cele din urmă controlul asupra gândurilor şi deciziilor sale.

c) Sentimentul reciprocităţii cogniţiei sociale de tip ToM. Subiectul care are preconştiinţa faptului că poate ghici gândurile altuia resimte tot preconştient că şi alţii i le pot ghici pe ale sale.
d) Perceperea – preconştientă sau conştientă – a faptului că alţii au în anumite împrejurări anumite atitudini sau intenţii în raport cu propria persoană.
e) Existenţa în anumite împrejurări a unui interes special faţă de alte persoane, pe care subiectul le monitorizează cu atenţie sporită, exploratorie, pentru a le detecta intenţiile; şi – prin simetria menţionată – sentimentul că alţii pot avea sau au un interes crescut în raport cu propria persoană, fapt ce conduce la o atenţie şi supraveghere specială a subiectului din partea lor. Pe această cale se poate avansa spre cunoaşterea intimităţii, fapt accesibil de obicei doar unor persoane privilegiate.
f) Cunoaşterea reciprocă a stărilor mintale precum şi supravegherea, poate să nu se limiteze la o secvenţă situaţională ci se poate prelungi, în raport cu anumiţi parametri, mai mult timp.
g) Fenomenul cognitiv al cunoaşterii reciproce a stărilor mintale este dublat de influenţarea reciprocă a trăirilor şi comportamentelor.
h) Propria identitate nu se alterează prin relaţia de ataşament.

În autismul Kanner sunt clar alterate funcţiile a) şi b). În simptomele de prim rang Schneider e evident perturbată funcţia b) dar şi celelalte funcţii, mai ales în conjuncţie cu paranoidia. Căci sentimentul cunoaşterii gândurilor se plasează în continuitatea sentimentului relaţional de a fi privit cu o atenţie deosebită; şi mai ales a sentimentului de a fi supravegheat în intimidate. Pe

de altă parte, sentimentul influenței xenopatice, al substituirii voinței, este doar parțial cognitivă, având o bază developmentală specială.

În perspectiva modulară instanța sinelui nuclear poazte fi considerată ca un complex modular axial, ce integrează problematica ataşamentului şi stă la baza – sau este implicat în – multiple manifestări circumstanțiale care, la rândul lor pot fi comentate modular. Dar, la fel ca în cazul ataşamentului, se ridică problema coerenței şi coeziunii centrale a întregii instanțe a sinelui. În prezent se diferențiază între nivelul sinelui corporal – protosinele – a sinelui nuclear, metareprezentațional autonoetic, biografic, toate acestea fiind integrate în – şi stând sub cupola – persoanei social valorice. Delirul şi obsesia, aşă de mult studiate de cognitivism, se desfăşoară cel mai pregnant în zona de conpenetrație între aspectul situațional al sinelui nuclear şi instanța metareprezentațională, autonoetică a sinelui.

Se consideră că complexul modular ToM a fost una din principalele ținte ale selecției filogenetice, el stând la baza relațiilor de cooperare între oameni. Cooperarea este un proces multifațetat care se manifestă în situații circumstanțiale. Dar care are la bază şi relații mai stabile. Astfel, pentru început, poate apare o situație problematică în cadrul căreia subiectul poate desfăşura şi proces prosocial, de deschidere spre alții, de cunoaştere a lor şi apropiere de ei în vederea cooperării. Se poate stabili consensul asupra unor obiective comune, repartizarea sarcinilor, interacțiunea armonică până la rezultatul final, urmat de despărțire. Dar, în urma apropierii şi cunoaşterii se pot stabili şi relații mai apropiate şi stabile, îndrăgostirea şi dragostea, cuplarea, întemeierea unei familii, convietuirea. Pe de altă parte, în cursul procesului prosocial de contactare a altora şi de proiectare a unor colaborări, subiectul trebuie să poată detecta şi lipsa de interes, suspiciunea sau ostilitatea celorlalți, eventual lipsa lor de sinceritate, duplicitatea. Subiectul,

prin complexul modular al sinelui nuclear, sesizează intenționalitățile celorlalți nu doar într-un moment dat şi de-a lungul unei perioade de timp, în situații succesive. El are un diapazon modular de detectare a simpatiei sau indiferenței celorlalți, a ostilității, a duplicității, precauției, angajării, ataşamentului sau afecțiunii persoanelor de care se apropie. Din acest diapazon al detectării atitudinii şi intenționalității celorlalți în raport cu sine, un aspect special îl constituie identificarea situației în care altul, ceilalți, îşi focalizează atenția asupra subiectului, îl observă în mod special, în vederea unei evaluări. Perceperea, observarea, sesizarea intențiilor şi evaluării celorlalți e un proces continuu sau fluctuant, în funcție de împrejurări. Dar subiectul are constant preconştiința faptului că poate fi, sau într-o perioadă chiar este un timp în vizorul observațional şi evaluativ al altora. Acest fapt îl face să acorde atenție felului său de manifestare, uneori controlându-se în mod special sau construindu-şi o mască de apariție publică, în raport cu felul în care doreşte să fie receptat, interpertat şi evaluat de alții. Toate aceste modalități de relaționare, despre care se poate susține că au la bază scheme modulare de raportare, pleacă de la nivelul situațional şi se inseră în instanța transsituațională, în care e activ sinele metareprezentațional. Ataşamentul, prietenia, îndrăgostirea şi dragostea se desfăşoară în plan transevenimențial. La fel este încrederea într-o persoană apropiată, neîncrederea în cineva cu care trebuie să colaborezi, sentimentul că altă persoană te urmăreşte şi te persecută. Relaționarea față de alții, în modalitatea situațional/transsituațional ar putea fi abordată după schema unor atitudini sau preocupări bazale şi care să fie considerați moduli psihici antropologici adaptativi – m.p.a. Perturbarea unui astfel de m.p.a., în sens de exces, simplificare, rigiditate, decontextualizare, ar sta la baza unor sindroame

psihopatologice ca dismorfofobia, trăirile senzitiv relaționale, suspiciunea paranoidă ş.a.m.d.

*

* *

P.pt.e. se corelează cu p.pt.e. şi cu p.pt.d. şi în ceea ce priveşte ideea de "proiect" (design). Pentru biologie aceasta e firească, încă Aristotel vorbind de cauza finală şi "entelehie". Odată ce filosofia minții şi psihologia cognitivistă s-au axat pe intenționalitate, ideea de proiect a trecut în prim plan. Toate stările mintale şi procesele psihologice se referă la proiecte ale subiectului ce se raportează la lume, proiecte în cadrul cărora informația apare ca purtătoare de semnificații. Intențiile la act, părerile, evaluările, dorințele, credințele etc., toate sunt "despre ceva", toate au o referință şi se articulează cu un proiect real sau posibil, "care implică lumea". Prin aceasta oamenii se înțeleg între ei, fapt pe care l-au sesizat cei care către sfărşitul sec.XX au acordat statut ştiințific şi filosofic "psihologiei populare". (Churchland, 1994) Pentru evoluționişti, genele au în vedere proiecte. Ele sunt considerate pachete modulare de informații ce conțin instrucțiuni în vederea proiectării şi realizării funcționale a indivizilor ce perpetuează specia. La om 55% din informația genomică are în vedere proiectarea şi realizarea creierului a cărui activitate se desfăşoară în mare măsură prin moduli care asigură raportarea proiectiv adaptativă a individului la lume. În cadrul filosofiei minții o poziție centrală, a avut-o Fodor care pe lângă ideea modularității a diferențiat 3 instanțe ale unui sistem ce operează cu proiecte, obiective şi semnificații. Luând ca exemplu jocul de şah el diferența între : - instanța materială aşa cum poate apare jocul ca realitate materială; - instanța regulilor; - instanța proiectelor sau obiectivelor ("designe stance") ultima

fiind aspectul esenţial prin care semnificaţia cognitivă a jocului se împlineşte. Funcţionarea psihismului uman ar avea aceleaşi instanţe şi aceeaşi funcţionalitate, în cadrul căreia informaţia are rol cauzal prin instanţa proiectelor, a obiectivelor. Bazându-se în mare pe interpretarea lui Fodor, relativ recent Bolton şi Hill (2003) dau o interpretare cognitivistă funcţionării normale şi psihopatologice a psihismului uman, sprijinindu-se mai mult pe modelul "teoria teoriei". Psihismul individual este înţeles ca centrând un ansamblu ierarhic de cunoştinţe, la fel cum o teorie ştiinţifică organizează cunoaşterea dintr-un domeniu, astfel ca din ea să poată fi deduse ipoteze testabile.Cunoaşterea stă la baza proiectelor, este implicată în variate proiecte intenţionale. Nucleul cunoaşterii psihice ar consta însă nu din axiome şi propoziţii prime ci dintr-un set de reguli de funcţionare asumate ca fundamentale, fără nevoia de a mai fi verificate. Esenţialul funcţionării psihice ar consta din proiecte semnificante ce sunt realizate în lumea înconjurătoare pe baza unor reguli. La fel cum în biologie genele stochează informaţii sub forma de instrucţiuni, la fel creierul înmagazinează informaţii semnificante, bază pentru proiecte, comunicare şi comportamente cu sens. Semnificaţia – şi nu doar sintaxa informaţiilor - are valoare cauzală. Normalitatea psihică constă din comportamente în lumea umană, care se desfăşoară după reguli, au un "design" şi sunt purtătoare de semnificaţii cauzale. Ele sunt declanşate de semnificaţii ce vin din partea altora, a lumii sau din fondul interior de cunoaştere. Patologia psihică începe acolo unde se rupe lanţul conexiunilor şi a cauzării semnificante ("breakdown of significant conexion").

Bolton alege exemple din domeniul schizofreniei şi tulburărilor anxioase. În tulburarea obsesiv-compulsivă intenţia nu are o articulare semnificantă firească iar comportamentul compulsiv-repetativ este şi el rupt

din cursivitatea articulărilor semnificante. Decontextualizarea de orice fel a modulelor comportamentale ne plasează în psihopatologie în zona "ruperii conexiunilor semnificante şi comprehensive".

*

* *

Felul în care sunt puse problemele în interpretări cognitiviste ale psihologiei şi psihopatologiei aşa cum e cea a lui Bolton, menţine ideea generală a evoluţionismului, care pune accentul pe proiect, selecţia manifestărilor adaptative, complexificare evolutivă. Dar pune accentul şi pe specificul uman a limbajului narativ, mai ales în perspectiva jocurilor de limbaj comentate de Wittgenstein. În prim plan este problematica regulilor şi normelor, ceea ce atrage atenţia asupra nivelului formal normativ a manifestărilor umane, inclusiv a m.p.a. Accentul pus pe cauzalitatea semantică reactivează tema reacţiilor comprehensive a lui Jaspers, fapt pe care Bolton îl subliniază explicit. Omul, care poartă în el un model reprezentativ şi semnificant al lumii, reacţionează la semnificaţii, la situaţii semnificante înţelese şi de alţii. Şi acţionează în lumea umană producând semnificaţii care au funcţii cauzative. Există însă nivele ale semnificaţiei. Semnificaţia generică de pierdere sau ameninţare are un rol cauzal pentru orice om. Dar oamenii reacţionează la pierderi sau ameninţări determinate, conţinutul semnificant al informaţiilor ce determină reacţii depinzând de experienţele ontogenezei, de biografie.

Revenind la perspectiva modulară pe care o promovează p.pt.e. şi care poate fi aplicată şi psihismului uman, se cere subliniat că o stare psihică reactivă presupune nu doar prezenţa unei informaţii semnificante şi decodarea ei comprehensibilă, ci şi prezenţa în subiect a unei structuri ce reacţionează, a unui "organ" psihic ce se activează, intră în acţiune prin

funcţia sa adaptativă. Pentru a fi capabil de reacţii depresive, anxioase, euforice, agresive, subiectul trebuie să aibă în el disponibilitate pentru astfel de trăiri, care se activează în împrejurările semnificative corespunzătoare cu tot ceea ce subiectul înmagazinează în direcţia respectivă din experienţele şi trăirile similare anterioare, articulându-se şi conpenetrându-se în acelaşi timp cu parametrii specifici ai situaţiei actuale. Omul poate deveni vesel, trist, furios, anxios, doar amintindu-şi unele situaţii sau imaginându-şi că le va întâlni în viitor. În biologie semnificaţia informaţiilor ce declanşează anumite atitudini, stări şi comportamente este în mate măsură înnăscută. La om, pe fundalul unui schematism general biologic, manifestările situaţionale sunt declanşate şi se desfăşoară în mare măsură în raport cu semnificaţiile, normele şi structurile formale asimilate în ontogeneză. În plus, în fiecare manifestare situaţională, lumea interioară a subiectului este actualizată şi printr-un conţinut specific, care se proiectează asupra elementelor circumstanţiale, aşa cum sunt percepute ele în semnificaţia lor actuală. La nivelul acestei intersecţii şi interpătrunderi, se realizează antrenarea semnificantă a subiectului în situaţie, printr-un "lanţ al conexiunilor semnificante". Ruperea acestor conexiuni se manifestă în psihopatologie.

Unul din aspectele importante ce caracterizează manifestarea sindroamelor psihopatologice este "decontextualizarea". Aceasta are dublu sens. Pe de o parte manifestarea nu mai apare clar şi/sau proporţional condiţionată de semnificaţiile situaţiei. În al doilea rând, manifestarea subiectului are un redus sau nul impact semnificant cauzal asupra ambianţei, asupra celorlalţi. Această decontextualizare are la bază minusul, deficitul în modul de manifestare situaţional al subiectului. Acest deficit e sesizabil atât în structura formală schematică a manifestării cât şi în prăbuşirea arhitectonicii semantice.

Când subiectul e în prezența nemijlocită a unui stimul cu semnificația de pericol subiectul trăieşte spaima. În unele cazuri reacția de tip spaimă poate fi declanşată de stimuli minori, nesemnificanți sau aparent în lipsa oricărui stimul, ca în unele atacuri de panică. În cazul fricilor, intervine evident cunoaşterea şi reprezentarea lumii, fapt ce permite conduitele de evitare şi asigurare. Conduita de evitare fobică este adaptativă dacă se manifestă în raport cu situația şi/sau persoane care realmente sunt periculoase pentru subiect. Dar dacă apare în raport cu pericole minime sau imaginate, frica alunecă spre anormalitate. Frica de "neînțeles" față de anumite obiecte poate avea la bază, desigur, o serie de mecanisme psihologice speciale, de asociere, simbolizare etc. E vorba în aceste cazuri de o distorsiune semantică a semnificațiilor. Dar în cazul agorafobiei şi în general a fobiilor spațiale, fobia îşi pierde în mare măsură tematizarea, semnificația determinată. Rămâne activă semnificația generică a sentimentului de pericol crescut în zone care sunt insuficient de familiare şi controlabile. Dar acesta exprimă o simplificare, o destructurare a arhitectonicii semantice obişnuite. Mai ales dacă agorafobia se generalizează la orice spațiu nefamiliar.

Una din modalitățile de manifestare utilă şi adaptativă a subiectului este capacitatea de a se raporta la unele situații energic, infatigabil, neținând cont de riscuri, cu încredere în sine şi sociabilitate crescută, cu amplificarea vitezei de asociere ideatică şi a celei de reacție. Acest model adaptativ expansiv şi de elație psihică, se poate manifesta cu accent pe sociabilitatea gregară, fapt util în împrejurări în care un astfel de comportament e adecvat, de exemplu în cadrul sărbătorilor. Dar dacă structura funcțională a elației dezinhibate şi hipersociabile se declanşează la semnificații minime, în situații neadecvate sau pur şi simplu din senin, suntem în împrejurarea unor

ruperi a conexiunilor semnificante în care consecinţele manifestării nu mai sunt adaptative. Este evident că, capacitatea de a se manifesta în mod "hipomaniacal" este o structură funcţională pe care omul o are la dispoziţia sa, e un fel de "instrument" de care dispune pentru a-l servi la nevoie. Dar, pentru o bună utilizare, e necesară o solidaritate între aspectul formal al manifestării şi un conţinut de semnificaţii care să fie adecvat. În mod normal această legătură există iar instrumentul se dezactivează când semnificaţia situaţiei se articulează şi se suprapune cu semnificaţia sau conţinutul de care respectiva manifestare e ataşată în interioritatea lumii subiectului.

Acelaşi model e aplicabil şi suspiciunii. Suspiciunea e o modalitate atitudinală ce e implicată în relaţionările curente ale subiectului cu ceilalţi. În unele împrejurări ea se activează pentru o perioadă transsituaţională, în raport cu o persoană faţă de care există argumente de a fi precaut, în vederea unei bune adaptări şi funcţionări. Dar structura semantică se poate dediferenţia. Suspiciunea faţă de anumite persoane se poate realiza în condiţiile relaxării conexiunilor semnificatice. Şi, mai departe, suspiciunea se poate generaliza vizând multe persoane, poate trece în abstracţia corelării cu instituţii sau se poate manifesta printr-o lipsă de obiect definit, ca suspiciune faţă de orice şi faţă de oricine, ca suspiciune în general. Se prăbuşeşte astfel, în starea patologică, arhitectonica semantică, corelaţia diferenţiată faţă de o ierarhie de conţinuturi, care articulează în mod obişnuit lumea interioară a subiectului cu mesajele lumii exterioare, prin intermediul situaţiei. Din întreaga structură relaţională rămâne doar aspectul formal, al atitudinii de suspiciune.

Deficitul în planul conţinutului, a arhitectonicii de semificaţii, cu menţinerea doar a aspectului formal al manifestării psihice, se poate constata în psihologie şi în direcţia orientării predominante spre acţiune. Astfel,

procesul deliberării e din principiu conflictual, aducând în dezbatere argumente concurente, la capătul cărora subiectul decide asupra unei variante ce devine proiectul său de acțiune. Dacă în prim plan se manifestă nehotărârea, în raport cu orice situație, este evidentă eludarea conținutului, a universului de semnificații în raport cu care hotărârea ar trebui luată argumentat. La fel, verificarea repetată la absurd, pune în prim plan un aspect formal, sărăcit sau vidat de conținut, de raportarea sa cu rost la semnificații.

Raportarea normală a subiectului la situațiile problematice ale vieții curente, poate fi ordonată după unele direcții principiale, care exprimă manifestări psihice adaptative. Acestea reiau domenii şi modalitățile de raportare prezente şi în biologie, astfel încât la baza lor pot fi puşi moduli psihici adaptativi selectați evolutiv în cursul antropogenezei. Manifestarea lor umană se bazează desigur pe actualizarea predispozițiilor genetic cerebrale în cursul ontogenezei, pe validarea funcțională a acestora în urma unor "experiențe cheie" pe învățare şi experiență biografică. Şi în plus pe structura lor formal normativă specială pe care o capătă în universul uman în care omul există, dimensionat prin limbaj şi valori şi acționează pe bază de proiecte. Funcționarea unor moduli psihici adaptativi biologici cu care subiectul ajunge să fie dotat, într-o variantă reformulată antropologic, presupune apoi actualizarea lor prin semnificațiile situaționale. Dar, ea mai presupune şi o "aderență" a subiectului la situație. Şi la fel, actualizarea împreună cu schema formală de manifestare şi a conținutului schematic complex ce e ataşat acestor m.p.a. Conținut care, se proiectează asupra realității date, împreună cu care se constituie participarea subiectului la lume, prin intermediul situațiilor.

P.pt.c., bazându-se pe o metodologie empirică riguroasă, pe modelări şi pe studierea funcționalității creierului, aprofundează constant cunoaşterea omului normal şi deviant. Odată cu plasarea sa în perimetrul problematicii minte/corp (minte/creier), ea pune însă între paranteze viziunea mai largă pe care o introduce p.pt.e. Corpul şi mintea ce se bazează pe funcționalitatea creierului, sunt ale unui om individual. Relația acestuia cu evoluția psihismului uman şi contextul socio-cultural e pusă însă de cognitivism în plan secund. Această opțiune metodologică nu blochează validitatea rezultatelor sale, de vreme ce dialogul rămâne deschis iar doctrinele complementare se pot întâlni în foruri de dezbatere. Raportarea la p.pt.e. e însă utilă, deoarece se evidențiază cu această ocazie diferența între raportul minte/creier şi raportul dintre funcționarea psihismului individual în lumea animală şi cea umană. Adică raportul dintre Bios şi Antropos. P.pt.e. are în vedere un psihism biologic ce evoluează dar care, deşi se manifestă prin indivizi, are semnificație pentru specie. Perspectiva cognitivistă e lipsită de această semnificație supraindividuală. Depăşind Biosul, la nivel antropologic, funcționarea psihică a persoanei are de asemenea semnificație nu doar pentru ea însăşi ci şi pentru cei cu care intră în relație şi pe care-i implică; de ex. în prietenii, dragoste, muncă sau sărbători. Structurile socio-culturale tind acuma să se substituie până la un punct funcției transmiterii genetice. În acest sens Hawkins a propus conceptul de "meme". Memoria suprapersonală, cea depozitată în modelele culturale, întreținută de mituri şi ritualuri, de paradigmele teoriilor ştiințifice, de istorie şi literatură, artefacte şi instituții, reprezintă o instanță care are un important cuvânt de spus în formarea şi manifestarea psihismului individual. Se impune a se ține seama şi de această instanță umană supraindividuală, aflată dincolo de trăirile subiective şi de manifestările cognitiv comportamentale individuale. Instanța

pe care Popper a invocat-o prin a sa "lume a treia". Acest aspect limitează perspectiva evoluționistă la ceea ce e transmis genetic cu oarecare specificitate. Dar, genetic se pot transmite şi disponibilități. În măsura în care o înțelegere modulară a psihismului uman e până la un punct acceptabilă, ea ar putea funcționa doar la nivelul de conjuncție între modularitatea transmisă genetic şi aspectul formal specific funcționării umane normative, prin proiecte, mod de funcționare care impregnează persoana în profunzime. Şi care se desfăşoară în cadrul instituțional al practicilor umane, structurate prin norme şi valori. Se poate presupune că fenomenele umane care în esență sunt supraindividuale aşa cum sunt munca standardizată, educația, medicina, justiția şi sărbătorile, prin îndelunga lor funcționare, şi-au selectat natura specifică de funcționare pe care creierul o exprimă într-un anumit fel. La fel cum în creer s-a impregnat în perioada antropogenezei relaționarea interpersonală prin fenomenul ToM.

8.3. Contribuția psihopatologiei de orientare fenomenologică la psihopatologia clinică; actualitatea unei abordări clasice

Psihopatologia fenomenologică – pt.f. - s-a dezvoltat în corelație cu filosofia secolului XX şi în primul rând cu demersul metodologic a lui Husserl. Aceasta a reluat ideea lui Descartes privitoare la intemeierea certitudinii prin reflexia critică a conştiinței subiectului gânditor.

Relația dintre psihopatologie şi filosofie a fost constantă de-a lungul istoriei culturii. Problema nebuniei i-a interesat pe filosofi, literați sau pe oamenii religiei, comentarii celebre găsindu-se în Epistolele lui Paul, la gânditorii greci, Descartes, Hegel, ş.a.m.d. Pe de altă parte psihopatologia descoperă în însăşi structura ființei umane zone liminare, de care se poate

articula. Libertatea, credința, pasiunea, creativitatea, imaginarul, toate pot avea extreme aberante. Hegel scria că nebunia e înscrisă în conştiința umană ca un aspect structural, normalitatea constând din depăşirea acestei condiții bazale. În sec.XX problematica tulburărilor mintale a stat şi în atenția filosofilor existențialişti, odată cu abordarea situațiilor limită, a angoasei, a sinuciderii, a libertății de decizie, a autenticității. Mai recent ea se corelează cu cognitivismul prin filosofia mentalului.

În continuare se vor prezenta pe scurt temele esențiale ale fenomenologiei husserliene care stau la baza psihopatologiei fenomenologice, după care se vor trece în revistă câteva din elaborările acesteia.

Fenomenologia dezvoltată de Husserl (Husserl, 1994) acceptă două nivele structurale ale conştiinței, ale existenței persoanei conştiente : Unul al ancorării în banalitatea şi firescul vieții de zi cu zi, a "lumii vieții" (Lebenswelt) ; şi altul, de profunzime, la care se poate ajunge prin "punerea între paranteze" metodică a datelor acestei lumi, la fel cum proceda Descartes prin a sa îndoială metodică universală proces numit "epoché". Această zonă profundă, ultimă, a certitudinii de sine, este cea a "subiectivității transcedentale" a "egoului transcedental". La nivelul ei se relevă structurile fundamentale ale conştiinței. Ea este invocată de Husserl din rațiuni filosofice. Distincția dintre "egoul empiric", antrenat în problemele vieții de zi cu zi şi "egoul transcendental", care este condiția de posibilitate profundă a primului, a fost preluată de psihopatologia fenomenologică pentru urmărirea unor obiective proprii.

La nivelul subiectivității transcedentale Husserl identifică drept trăsătură fundamentală a subiectului "intenționalitatea" conştiinței reflexive, concept ce a fost preluat de la Brenteno. Conştiința, bazată pe

intenționalitatea consubstanțială egoului transcendental, se referă tot timpul intențional la ceva din lume, printr-o "noeză" specifică, care întâlneşte "lumea" şi este umplută de conținuturile "noematice" ale acesteia. Conştiința este întotdeauna conştiința "a ceva", "despre ceva" ("aboutnis" în engleză) fapt care scurtcircuitează relația subiect-obiect, aduce "lumea" – mundaneitatea – în proximitatea subiectivității. Raportarea la lume are un nivel al orientării antepredicative şi un altul al "constituirilor" realității pentru subiect, al sintetizărilor tematizante. Se structurează astfel realitatea prezentului, care se impune între trecutul rememorabil şi viitorul proiectat. Exterioritatea lumii se păstrează tot timpul. Subiectivitatea conştientă se articulează de lumea obiectivă prin corporalitatea subeictului, în varianta sa de "trup", resimțit ("corp trăit", "leib" în germană, "corp vecu" în franceză, "lived body" în engleză). Trup care este şi un fapt obiectiv, perceptibil şi analizabil ca atare. Ancorarea în corporalitate ar fi în viziunea lui Husserl (din a cincea meditație cartezian ă) baza pentru constituirea "alteralității" (al alter-egoului) în însăşi constituția propriei conştiințe. Şi asta deoarece perceperea celuilalt prin trupul său, stimulează intenționalitatea instanței trupeşti a subiectului. Se structurează astfel un nivel al "intersubiectivității transcedentale". Lumea teoriilor ştiințifice şi a culturii s-ar corela acestei instanțe supraindividuale dar intime.

Conceptul de "fenomenologie" a fost înțeles şi abordat diferit de filosofi. Jaspers, care e evoluat spre filosofie, când şi-a scris psihopatologia înțelegea prin fenomenologie ansamblul trăirilor subiective conştiente. Fenomenologia lui Husserl nu are în vedere doar trăirile, ci o structură complexă a conştiinței, a ființei conştiente care din perspectiva unei subiectivități transcedentale, abordează lumea. Psihopatologia s-a putut articula cu această metodologie filosofică, deoarece stările psihopatologice

afectează structura conştiinţei şi a lumii sale corelative. Dar trăirile celor afectaţi de perturbări psihice rămân în universul subiectivităţii şi a lumii umane. Prin abordarea metodică a arhitectonicii existenţei conştiente, fenomenologia husserliană s-a dovesit propice analizei stărilor psihopatologice.

Pt.f. aşa cum era ea cristalizată în jurul anului 1980 când apare importanta monografiei lui Tatossian (Tatossian, 1979) îşi dovedise utilitatea mai ales în analiza psihozelor. Ideea care se impusese atunci era că în cazul psihozelor se petrece un fel de "experiment natural", care dărâmă structura ierarhizată a conştiinţei astfel încât infrastructura sa, cea de la nivelul „egoului transcendental", devine evidentă, şi se autonomizează, manifestându-se formal într-o manieră distorsionată ce perturbă experimentarea lumii, tematizarea acesteia şi raportarea la alţi oameni. Epoché-ul pe care filosoful îl realizează metodic şi cu efort, se produce spontan în cazul psihozei. Doar că infrastructura astfel dezgolită nu mai este o instanţă utilă meditaţiei, filosofării, ci un document despre condiţiile bazale ale conştiinţei naturale. Psihopatologia psihozelor astfel evidenţiată, rămâne de la început în orbita trăirilor subiective dar care sunt analizabile în arhitectonica lor.

Psihopatologia fenomenologică avea de luat în considerare elementele cheie ale acestei infrastructuri, a conştiinţei ce se evidenţiază psihopatologic şi care ar reprezenta astfel repere formale general umane. Deci, transistorice şi transculturale. Ideea nu a fost formulată explicit astfel în cadrul fenomenologiei. Dar ea e importantă, deoarece se poate corela cu eforturile actuale ale p.pt.e. de a descifra bazele unei psihologii general umane. Nucleele reţelei care constituie infrastructura persoanei în perspectivă fenomenologică – şi care se regăsesc la nivelul superficial al "eului empiric"

ancorat în banalitatea lumii vieţii, - ar putea fi rezumată într-un tabel de concepte.

Tabel de concepte cheie privitoare la infrastructura fenomenologică a conştiinţei

1.polul egoului
personalitatea
conştiinţa
subiectivitate
ego
sine
trup

2.polul celuilalt
alter-ego
tu

3.polul lumii
sinteze constitutive
tematice

4. zona comuniunii
intersubiectivitatea
existenţa dual㠄
“noi-tate” (wirheit)

5.polul temporalităţii
trecut prezent viitor
prezentificare
durata
devenire

6.polul spaţialităţii
distanţele
interpersonale între
zona intimă şi cea publică

7.polul situaţiei
actualizare
a fi în situaţie

8.polul identităţii biografice
durata biografică

9.polul judecării
atitudine (poziţionare)
antepredicativă
judecare (constituire)
tematizare/valorizare

Acest tabel nu derivă doar din moştenirea ideaţiei a lui Husserl ci din ansamblul elaborărilor celor ce s-au apropiat şi preocupat de fenomenologie. Faptul că fenomenologia se centrează pe câteva aspecte esenţiale ale psihismului uman, îi conferă particularităţile unei abordări sintetice, a luării în considerare a unor instanţe fundamentale a psihismului, dincolo de fragmentarea acestuia în funcţii, abilităţi, competenţe, modalităţi

situaționale, stiluri variate etc. În aceasta constă şi avantajul dar şi dezavantajul acestei metodologii de abordare.

Psihopatologia de orientare fenomenologică a început să se constituie după 1920 sub influența curentelor filosofice majore ale vremii. Fenomenologia lui Husserl a fost o referință centrală dar nu unică. Minkowski care a publicat în Franța, a fost mult influențat de filosofia lui Bergson, care acordă o mare importanță timpului trăit, intuiției şi evoluției creatoare. Importantă a fost şcoala elvețiană dominată de Binswanger, care o bună perioadă de timp a fost marcat de Heidegger, de analitica "Dasein"-ului pe care acesta o face în cartea Ființă şi Timp. Un alt filosof influent pentru această doctrină a fost Max Scheller.

Inițial mişcarea psihopatologiei fenomenologice s-a dezvoltat în Elveția, Germania şi Franța prin autori ca : Binswanger, Storch, Strauss, von Gebsattel, Tellembach, Wirsch, Blankenburg, Kraus, Minkowski, Tatossian. Relansarea sa recentă în perspectiva intersubiectivității, narativității şi hermeneuticii – care invocă dintre filosofi în primul rând pe Merleau Ponty şi Ricoeur - se afirmă prin autori din multe zone, predominant din Marea Britanie, SUA, Danemarca, Italia, Franța, Germania. Revistele şi publicațiile în acest domeniu sunt în creştere, la fel ca şi colaborarea cu cognitivismul.

Pt.f. nu comentează direct psihopatologia clinică în perspectiva criteriilor de diagnostic şi sistematizare a entităților maladive psihice. Dar, abordarea fenomenologică are o strânsă legătură cu principalele sindroame psihopatologice, ea referindu-se la o sesizare directă a configurării acestora, fără intermedierea metodologică a listelor de simptome care se cumulează statistic semnificativ. Accentul este pus pe coerența "fenomenelor" psihopatologice. (Tatossian). Husserl sugera şi faptul că subiectul investigator poate surprinde direct esența unui fenomen configurat prin

procesul cognitiv al "sesizării esenței" – (Wesenschau). Se cere subliniată şi ideea lansată de Minkowski (Minkowski, 1936; 1966) a perceperii şi resimțirii "atmosferice" a realității. Aceasta se referă la context şi e complementară percepției direcționate în situație pe un obiectiv precis, pe care-l identifică, îl delimitează şi îl analizează categorical. Orice "obiect", "obiectiv" sau "zonă de obiectivitate" a lumii vizate, dincolo de elementele individuale articulate între ele şi corelate într-o structură, este învăluit de un fundal,de un cotext ce poate fi înțeles şi ca o "atmosferă", care este percepută simultan, chiar dacă marginal şi nefocalizat. "Atmosfera" apare ca o ofertă a ambianței, a lumii în care subiectul se cufundă, care îl învăluie; şi care are pentru el o anumită tonalitate afectivă, o semnificație difuză. Perceperea centrată de o figură plasată într-un context este o temă importantă şi în abordarea cognitivă a realității, care înțelege însă contextul doar ca o sursă de informații. Fenomenologia abordează "atmosfera unei situații" pornind de la semnificația globală a situației, a faptului de a fi într-o situație problematică, (Tellembach).

Contribuțiile pt.f. ce vor fi comentate în continuare privitor la anumite clase nosologice ale psihopatologiei clinice vor face apel la conceptele cheie prezentate în tabelul anterior.

Cercetări de psihopatologie fenomenologică în domeniul schizofreniei. Polul egoului este în mod firesc punctul de plecare al oricărei analize şi comentariu în cadrul psihopatologiei fenomenologice. În fenomenologie, la fel ca în alte doctrine psihopatologice, egoul centrează subiectul şi îl delimitează de tot ceea ce este non-eu, de lumea exterioară, cu diversele ei direcții şi grade de realitate şi ofertă. Lume ce include şi alter-egouri, indiferente, îndepărtate, proxime interpătrunse sau încorporate. Psihopatologia eului în schizofrenie a fost comentată substanțial chiar de la

naşterea acestei ştiinţe de către Jaspers. Acesta, orientat cum era de la început spre filosofie, nu a putut să nu ţină seama de tradiţia idealismului german, care de la Kant la Fichte a plasat problematica eului (Ich) în centrul noii filosofii a vremii. În perspectivă psihopatologică Jaspers considera că în schizofrenie perturbarea eului este esenţială, menţionând 5 direcţii. Acestea se referă în prezentarea recentă a lui Scharfetter la următoarele aspecte : - egoconsistenţa şi coerenţa, - ego-demarcaţie; - ego-vitalitatea; - ego-identitatea; - ego-activitatea. De aproape un secol, psihopatologia schizofreniei, inclusiv în toate aspectele sale clinice, a stat sub semnul acestei semiologii. Relativ recent, Scharfetter a construit şi o scală de evaluare a acestora. În ansamblu ele semnalează o deficienţă globală ce a fost etichetată de Berze ca slăbiciune a eului. Acest aspect a fost reluat recent de Parnas privitor la formele prodromale, marginale sau sechelare de schizofrenie, care sunt marcate de un ansamblu de trăiri subiective semnificative pentru deficienţa energetică globală a eului. Luând ca punct de plecare scala din Bonn de identificare a „tulburărilor bazale" din schizofrenie (scala ce pune accentul pe trăirile subiective Huber şi Gross), Parnas a construit un chestionar pentru identificarea trăirilor care circumscriu slăbiciunea eului din fazele prodromale sau de vulnerabilitate crescută pentru schizofrenie. Slăbiciunea eului, cu diversele sale ipostaze menţionate, este invocată alături de „hiperreflexie" şi de către una din cele mai influente teorii fenomenologice actuale ale schizofreniei, cea a lui Sass. Acesta evidenţiază autoanaliza exagerată, luciditatea chinuitoare cu care pacientul îşi înregistrează neputincios simptomele şi incapacităţile. Slăbiciunea eului şi hiperreflexia au fost studiate şi de Minkowski şi au stat şi la baza unui studiu clasic de psihopatologie fenomenologică a schizofreniei publicat de Blankenburg. Autorul german, analizând 30 cazuri

în majoritate forme simple, marginale, hebefrene – scoate în evidenţă „pierderea simţului comun", a naturaleţii spontane a vieţii de zi cu zi. Pacienţii sunt marcaţi de slăbiciunea eului şi de hiperreflexie. Informaţia oferită de lumea înconjurătoare, informaţia ce vine de la alte egouri conştiente, nu mai este structurată şi ierarhizată corespunzător, în conformitate cu exigenţele unei coerenţe centrale. Pierderea simţului comun în schizofrenie, a „celui de al şaselea simţ" este tema unei recente sinteze a lui Stanghellini. Aceste observaţii şi analize fenomenologice stau la baza circumscrierii unui domeniu amplu de patologie, care a fost identificat şi în autismul Kanner.

Tulburarea eului în schizofrenie, sesizată în fenomenologie, a fost reactivată în ultimii ani sub titlul patologiei sinelui. Sinele nu a fost o temă centrală a fenomenologiei lui Husserl termenul consacrat fiind cel de ego. „Self"-ul (sinele) a fost însă un concept central în filosofia anglo-saxonă, fiind reactivat odată cu filosofia minţii, declanşată de lucrare princeps a lui Reyle, ajungând în prezent să fie un termen central al cognitivismului contemporan. Studiile privitoare la sine (self) s-au amplificat progresiv în ultimele două decenii, sub patronajul cognitivismului şi în corelaţie cu neuroştiinţele. Cognitivismul reţine perspectiva subiectivă a sinelui, pe care o denumeşte „autoritatea persoanei întâi" şi pe care o polarizează cu „autoritatea persoanei a treia" care exprimă perspectiva obiectivantă. Sinele studiat de cognitivism şi neuroştiinţe este conceput ca având multe nivele şi stând sub cupola persoanei. Fenomenologia nu are această înţelegere analitică. Ea pune însă problema globală şi esenţială a perturbării egoului (a sinelui persoanei) în psihopatologie.

„Celălalt", „alter-egoul", şi relaţiile subiectului cu acesta a constituit o temă centrală a fenomenologiei, invocată de Husserl către sfârşitul carierei

sale ca instanță a intersubiectivității transcedentale. Tema a fost dezvoltată de Merleau-Ponty ca temă a „inter-corporalității fenomenologice". Această tematică s-a dezvoltat continuu până în prezent, mai ales o dată cu fenomenologia hermeneutică a lui Ricoeur, care aduce în discuție narativitatea ce învăluie intersubiectivitatea. Fenomenologia actuală se articulează în această perspectivă cu sociologia culturală şi psihologia developmentală, care urmăreşte cum sinele conştient al copilului eclozează şi se dezvoltă prin prezența şi interrelația cu sinele conştient al mamei, al „care-giverului". Pt.f. analizează schizofrenia ca un eşec de constituire, nu doar a sinelui ca atare ci şi a dimensionării egoului printr-un alter-ego consubstanțial, concrescut, introjectat şi co-format în acelaşi timp. Aceasta este tema sintezelor realizate recent de Fuchs şi Stanghellini. Intersubiectivitatea se constituie fragil la viitorul schizofren. Formarea ei e mediată de – şi consubstanțială cu – intercorporalitatea, proces care impregnează primul an de viață. Deficiența se petrece developmental încă de la început, când se pun bazele perceptive şi de comunicare pentru pregătirea procesului de ataşament. Este blocată, din diverse cauze rezonarea şi cooperarea preconceptuală cu celălalt, la nivelul integrării spontane bio-psihocorporale, a prezenței celuilalt – a mamei, a „caregiver-ului" - care încă nu este distanțat şi distinct de sine la nivelul unei percepții directe, în situație. Această relaționare bazală intersubiectivă stă la baza constituirii şi funcționării ulterioare a „simțului comun". Iar alterarea acestuia la schizofreni, semnalată de fenomenologi, este în prezent un obiectiv al unor importante programe de cercetare.

Conceptul de „lume" este fundamental în fenomenologie, deoarece intenționalitatea noetică se „umple" cu conținuturi „noematice" ce vin dinspre lume, ducând la constituirea unei lumi proprii ce se articuelază cu

lumea comună, cu ceilalți subiecți; lume girată de ştiință şi cultură. Lumea personală a fiecăruia se integrează în lumea comunitară, se formează din aceasta şi participă la metamorfoza ei. Pentru Heidegger existențialul fundamental al Dasein-ului este faptul-de-a-fi-în-lume. Pt.F. a preluat ideea şi a aplicat-o de la început, fără dificultate, lumii autiste a schizofrenului, care a fost descris de Bleuler ca retrăgându-se în lumea sa proprie. În cartea sa despre schizofrenie, apărută la începuturile mişcării fenomenologice, Minkowski a descris pe lângă „autismul sărac" a lui Bleuler un „autism bogat". Conştiința schizofrenului e plină de conținuturi mai mult sau mai puțin anormale. Ea poate fi bogată în idei şi elaborări ideatice; dar acestea sunt lipsite de elementul care să le ataşeze la lumea comunitară, să aibă aderență la alții şi pragmatism realizator. Schizofrenul care a pierdut „contactul vital cu realitatea" este un apragmatic. Binswanger a dezvoltat tema lumii proprii a schizofrenului, care evoluează paralel cu cea „real-comunitară" făcând apel la formula lui Heraclit care semnala că „oamenii trezi" trăiesc într-o lume comună dar în somn fiecare se retrage în lumea lui proprie. El a dezvoltat şi ideea biografiei interioare, a unei istorii subiective a propriei existențe, care în mare măsură se desfăşoară în imaginarul propriei lumi. Inspirându-se din fenomenologie, Laing a comentat „călătoriile interioare" imaginare, pe care le fac mulți oameni, inclusiv când consumă droguri. Privitor la schizofrenie, un alt fenomenolog-antropolog, Wirsh a comentat persoana schizofrenului ca putându-şi desfăşura existența concomitent sau alternativ în două lumi, cea real comunitară şi cea proprie, psihopatologică. Ideea autismului, dezvoltată de la începutul lansării noțiunii de schizofrenie de către Bleuler şi Minkowski a fost centrală pentru această tulburare până la sintezele făcute în anii 60 de Ey. Ulterior, termenul de autism s-a cantonat la boala descrisă de Kanner la copii. În schizofrenie, în

urma terapiilor medicamentoase şi a programelor de reabilitare psihosocială, suferinzii nu doar că devin tot mai sociabili şi integraţi comunitar, ci şi îşi reorganizează lumea lor interioară. Problema lumii proprii a psihoticului este integrată în proiectele de management, în sensul conceptului de „recovery". Adică, de organizare a înţelegerii de sine, a pacientului, a propriei poziţii în lume şi a propriului drum de viaţă, sprijinindu-l să înţeleagă că boala îi deformează parţial psihismul, îi induce deseori simptome şi îi impune restricţii; dar că proiectele existenţiale pot continua raţional şi eficient.

Preocuparea pentru timpul trăit în sens subiectiv nu apare în prim planul analizelor fenomenologice a schizofreniei. Şi aceasta, deoarece pacientul nu ajunge de obicei să structureze un prezent pregnant. Toţi psihopatologii care au observat şi analizat schizofrenia au remarcat „detaşarea" acestor suferinzi faţă de ambianţă şi faţă de prezent, chiar şi atunci când nu are loc o retragere autistă. Schizofrenul tipic a apărut ca o persoana stranie, ciudată, care se raportează la situaţii şi la alţii în mod aluziv, vag. În analizele sale de cazuri, Binswanger insistă asupra manierismului schizofren, ca expresie a unei goliciuni interioare, a unei depersonalizări şi lipse de substanţă, a unei incapacităţi de sinteză psihică a prezentului trăit. În joc e fragmentarea, deficienţa de coerenţă centrală. Aceasta se face simţită şi în formularea narativă a schizofrenului, incapabil de a povesti coerent şi pregnant despre cele la care a participat sau despre propriile experienţe de viaţă. Aceeaşi „inconsistenţă" se întâlneşte şi în ceea ce priveşte trăirea şi relatarea identităţii biografice a schizofrenului.

Privitor la trăirea spaţialităţii, Minkowski a comentat un mod special de „spaţializare a psihismului" schizofren, corelat geometrizării. Stereotipia şi căutarea absurdă a simetriei în comportament, expresie şi redactarea textelor sunt exemple în această direcţie. Ele trimit spre o zonă de intersecţie

cu patologia obsesiv-compulsivă gravă în care preocupările față de ordine şi ordonare se manifestă pregnant şi ciudat. Cele menționate se referă la raportarea la spațiul fizic. În ceea ce priveşte spațialitatea specifică antropologiei, cea a distanțelor interpersonale care se extind între intim şi public, schizofrenul alunecă în afara ei, raportarea sa față de „celălalt" fiind în esență cea abstractă, față de „oricine" sau „nimeni". Adică similară cu raportarea față de obiecte inanimate sau personaje fictive.

În ansamblu, studiile de pt.f. în schizofrenie au evidențiat existența unor perturbări fundamentale, pe care listele de simptome nu fac decât să le detalieze şi sistematizeze. Sinteza egoului, a sinelui, identitatea sa cu sine, limitele sale, instituirea interioară a unei bune relaționări cu „celălalt", în contextul intersubiectivității, sentimentul apartenenței la sine a propriilor decizii şi a capacității de a-şi păstra secretele – tulburare pe care o exprimă fenomenele de transparență şi influență - sentimentul coerenței sintezei şi eficienței acțiunilor în lume– a căror deficiență o exprimă dezorganizarea psihică - toate aceste aspecte ale psihopatologiei schizofrene apar prin perturbarea unor structuri fundamentale ale existenței umane normale. Dar felul în care fenomenologia abordează de exemplu instanța egoului indică şi o anumită lipsă de nuanțare. La acest nivel în prezent se comentează instanța sinelui care e diferențiată în protosine, sine nuclear, sine biografic şi metareprezentațional şi persoană, perspectivă mult mai.....Condițiile în care se acceptă un pluralism a punctelor de vedere doctrinare şi metodologice, pt.f. îşi păstrează şi îşi dezvoltă în prezent contribuțiile tradiționale la psihopatologia schizofreniei şi intră în dialog cu alte direcții de cercetare.

Preocupările pt.f. în direcția tulburărilor afective. Acestea erau considerate înainte de DSM-III, în tradiția lui Kraepelin, ca psihoze. O

lucrare de referință a pt.f. în direcția tulburării maniacale este Ideenfluct a lui Binswanger. Mania a fost considerată de fenomenologi în primul rând ca o tulburare a trăirii temporalității, ca o de-situaționalizare a trăirilor, ce se afirmă odată cu această stare psihopatologică într-un prezent atemporal. Minkowski sugerase deja că dincolo de conținutul ideo-afectiv, infrastructura spațio-temporală specifică constituie un plan mai adânc al trăirilor conştiinței, perturbat în psihoze. Pentru manie caracteristica ar fi acutizarea trăirii prezentului, deschis spre un viitor a toate posibil. Rămâne deschisă problema articulării acestei trăiri cu un model antropologic natural. Pentru manie trimiterea de referință ar putea fi spre participarea intensivă la timpul şi situația specială a sărbătorii, care dezarticulează subiectul din ancorarea cotidiană în structura organizată a muncii. Nu mai funcționează înrădăcinarea în trecut, viitorul nu mai e ierarhizat de posibilități reale. El este „liber flotant", orice apare ca posibil şi imediat realizabil. Iar prezentul e trăit dezinhibat accelerat şi ludic, cu sentimentul omnipotenței egoului. Distanțele interpersonale dispar, orice persoană necunoscută e tratată ca una familiară. În această perspectivă fenomenologică nu e vorba deci de simptome, ci de distorsiunea unui anumit mod de trăire şi asertare a egoului, aflată în repertoriul uman, ce se decontextualizează şi se manifestă cu o infrastructură spațio-temporal perturbată. Egoul – sinele - maniacal, ludic şi încrezător în sine, e lipsit de profunzime, de înrădăcinare în biografie şi în proiecte reale, incapabil de a structura prezentul ca situație semnificantă, frustrat de şansa unei deveniri consistente.

Depresia – şi mai ales melancolia – a preocupat pt.f. mai mult decât mania. Problemele analizate sunt aceleaşi : polul egoului, relația cu ceilalți şi cu lumea, spațio-temporalitatea antropologică şi faptul-de-a-fi-în-situație. Situație prin intermediul căreia subiectul se articulează, se proiectează în

lume. Toți fenomenologii pleacă de la constatarea evidentă că depresivul se retrage din prezent, din prezența sa la realitatea actuală, repliindu-se vinovat pe sine, pe trecut. Dar această retragere din situație, din contactul cu lumea şi cu ceilalți, e diferită calitativ de cea din autismul schizofren. Deşi, d.p.d.v. semiologic tot ca „retragere socială" poate fi etichetată. La schizofren nu se poate construi sau se construieşte dificil şi e fragilă însăşi identitatea egoului, structura temporalității identitare a subiectului, datorită deficienței de coerență centrală. La depresiv din contră, centralitatea identității e chiar exagerată. Iar retragerea sa e pe însăşi axa timpului, a duratei existențiale proprii care se menține ca un ultim suport. Depresivul însă părăseşte viitorul, care nu mai e conceptibil (prin lipsă de speranță, ruină), retrăgându-se şi din prezent, din situațiile actuale (lumea nu-l mai interesează, nimic nu îi face plăcere şi nu-l mai atrage). El se concentrează pe trecut sub semnul devalorizării şi vinovăției. Trecutul pe care se fixează melancolicul este şi el atemporal, desituaționalizat. Timpul se scurge încet sau chiar se opreşte. Subiectul apare ca blocat, într-o „eternitate" negativă. Raportarea la sine a egoului e devalorizantă, sinele e negat valoric, ca energie, capacități, putere de decizie etc. În raportarea sa la „celălalt", depresivul nu doar că se izolează ci şi se simte esențialmente incapabil şi vinovat, dincolo de orice argument.

În cazul depresiei, pt.f. s-a aplecat cu un anumit interes, împreună cu psihopatologia clinică tradițională (germană), spre zonele intermediare ale alunecării patologice dinspre ancorarea firească în situație şi biografie, spre patologie. Această atitudine a condus la un interes crescut şi pentru caracteriologie şi pentru faptul de a fi în situație.

Existența personală se desfăşoară şi se structurează în mod normal prin parcurgerea şi integrarea unor situații de viață semnificative la care subiectul participă activ. Acestea pot avea diverse amplori, de la trăireaq

unui eveniment acut la împlinire a unor proiecte existențiale de largă respirație. Faptul-de-a-fi-în-situație presupune nu doar înțelegerea acesteia ci şi o reală participare, un ataşament față de lume, față de cei cu care subiectul colaborează, alături de care el există. El se raportează la această lume activând lumea sa interioară care se compenetrează cu situația. Faptul e evident mai ales în ceea ce îi priveşte pe „ceilalți", ființele umane apropiate de subiect, cu care el îşi împleteşte viața în cadrul proiectelor în care e angajat şi a situațiilor pe care le parcurge. Când subiectul pierde ceva important din lumea în care există şi de care e ataşat – iubită, prieteni, avere, idealuri – el devine depresiv.

În raport cu normalitatea biografică comprehensibilă a depresiilor cauzate de pierderi, psihopatologia de inspirație fenomenologică a încercat o dată cu Tellembach să înțeleagă şi formele intermediare, de tranziție spre starea melancolică. Analizând cazuri de depresie monopolară – deci cazuistica exemplară pentru depresie – autorul menționat aduce în discuție corelația dintre vulnerabilitatea personală, situația reactivă şi bio-psiho-ritmurile antropocosmice. Primul aspect se referă la un tip special de persoană pe care îl etichetează ca tipus melancolicus. Acesta se caracterizează prin preocuparea exagerată față de ordine şi munca conştiincioasă. Parcurgerea situațiilor de viață se realizează mai puțin spontan, există o nevoie crescută de a şti că totul se află sub control, în ordine, că totul e perfect realizat. Astfel de trăsături au fost descrise şi la tipul anankast (Petrilowitsch) care manifestă însă o tendință spre dispersie pe când melancolicul una spre centralitate (Stanghelini, Mundt). În plus Tipus Melancolicus pariază maximal pe norme exterioare, prezentând astfel un fel de „nomopatie" (Kraus). Această crispare maschează o vulnerabilitate de fundal care se poate maifesta o dată cu schimbările ce apar în cursul natural

al vieții. La prima vedere aceste situații ar apărea mai puțin reactogene ca pierderea sau eşecul. Dar, pentru tipus melancolicus ele reprezintă o situație specială, un călcâi a lui Achile, dată fiind marea propensiune spre ordine, spre tradiția statornicită într-o anumită ordine. Astfel, depresia poate apărea şi în condiții în care aparent e mai puțin comprehensibilă, datorită vulnerabilității de fundal, încrustată în tipologia caracterială.

Tellembach continuă analiza instalării aparent necomprehensive a depresiei care desituaționalizează subiectul, invocând ritmicitatea şi momentele critice ale existenței. Încă Schneider a adus în discuție un aspect special al condiționării reacțiilor psihice anormale (Erlebnisreaktion) şi anume sensibilitățile dispoziționale ce oscilează bioritmic (Hintergrundreaction). Tellembach pleacă de la faptul că patologia „endogenă", cea în care se înscriu tulburările afective şi melancolia, se desfăşoară periodic, ciclic. Acest fapt este un aspect curent în biologie unde biopsihoritmurile sunt reglate de fenomene cosmice : zi/noapte, fazele lunii, anotimpuri. El subliniază că şi existența umană are ritmicitatea ei specifică, vizibilă în muncă, structura săptămânii, vacanțe, sărbători, programe educaționale, ritualuri sociale. Biopsihoritmurile antropocosmice marchează persoana umană, fundalul desfăşurării proiectelor existențiale. Această ritmicitate, odată interiorizată în structura persoanei, induce perioade de viață particulare, cu diverse sensibilități şi predispoziții. Acest fundal transbiografic se poate manifesta la tipus melancolicus în conjuncție cu structura sa particulară, cu biografia cumulată şi cu situația de schimbare, pentru a induce, aparent puțin comprehensibil, o stare depresiv melancolică.

Invocând biopsihoritmurile antropocosmice Tellembach aduce în discuție o zonă de intersecție dintre moştenirea biologică a omului şi amprenta specific umană a periodicității; ca aspect important în

psihopatologia endogenă. Perspectiva biologică care e invocată aici nu se referă însă la mecanisme şi funcţii specifice ci la o considerare globală, în sensul în care „viaţa", „Biosul" a fost invocat şi cultivat în filosofia sec.XIX de către Schopenhauer, Nietzsche, Dilthey şi apoi Husserl. Această moştenire teoretică, deşi vagă şi insufciient structurată, rămâne o invitaţie de studiere a psihopatologiei psihozelor, ce nu a fost încă onorată suficient. Dar care se menţine, ca o provocare.

Abordarea fenomenologică a delirului

Fenomenologia a abordat problema delirului pornind de la concepţia sa privitor la relaţia între egoul empiric şi cel transcedental. În cursul vieţii de zi cu zi, în „lumea vieţii", subiectul abordează şi rezolvă o serie de probleme practice prin egoul său empiric. Acesta are în adâncime, un „ego transcedental", la cae nivel sunt posibile o serie de atitudini fundamentale ale conştiinţei, în raport cu lumea, celălalt şi cu sine. În „unghiul de deschidere" al acestor atitudini fundamentale se dezvoltă universul problematic al vieţii curente. În delir s-ar petrece în primul rând o tulburare a acestei structuri ierarhice, egoul transcedental ieşind la suprafaţă cu una sau câteva din poziţionările sale bazale, ca de exemplu suspiciunea, megalomania, autodeprecierea, căreia îi subordonează varietatea empirică. Lipsa structurării ierarhice şi a distanţei dintre cele două egouri ar condiţiona rigiditatea şi stridenţa conştiinţei delirante. În al doilea rând, chiar la nivelul egoului transcedental, conform fenomenologiei,s-ar realiza o continuă sinteză temporală, dintr-o zonă bazală a conştiinţei prereflexive care se raportează apoi la sintezele conştiinţei tematizate. Şi din această perspectivă avem în cazul delirului o blocare, un deficit al genezei şi sintezei tematizante. Fapt ce ar conduce la rigiditatea convingerii delirante, la aberaţia tematicii şi imposibilitatea corectării ei.

Psihopatologii fenomenologi au folosit limbajul conceptual tehnic al fenomenologiei husserliene, care este destul de complicat. Un aspect important este ca pt.f. are în vedere delirul ca o modificare a conştiinţei la un nivel mai bazal decât ceea ce se petrece la nivelul empiric, psihologic. De aceea, termenul clasic de „convingere patologică" nu e utilizat decât în mod secund. Încă Zutt şi Kullenkampf au comentat delirul ca o poziţionare („stand" în germană) aberantă a egoului transcedental, care perturbă din profunzime „aşezarea" subiectului în structurile de ordine ale lumii, în familie, în ierarhiile oficiale, în relaţiile publice. Tematizarea delirantă în sens de convingere între o idee şi temă ar fi un fenomen secund, important desigur pentru diferenţierea şi clasificarea delirului. Ulterior Blankenburg a comentat deficitul de geneză şi constituire a egoului transcedental, care, pe de o parte susţine rigiditatea delirului, pe de altă parte face ca egoul să fie uneori inconsistent, plasându-se în sinteze tematice ce pot fi confabulate. Oricum, perturbarea structurilor transcedentale ale egoului face ca să nu mai fie posibilă sinteza intrapsihică a alteregoului, fiind astfel perturbată intersubiectivitatea. Delirantul nu poate trăi firescul, banalitatea dar şi bogăţia sufletească a prieteniei şi dragostei aşa cum se întâmplă în viaţa curentă. De asemenea, concepţia despre lume a delirantului se organizează după linii de forţă neobişnuite care îşi au rădăcina în deficitul egoului transcedental şi în relaţia perturbată a acesuia cu egoul empiric.

Elaborările fenomenologice în direcţia delirului au fost un timp trecute în plan secund, cercetările dezvoltându-se pe baze cognitiviste, care ofereau şi şansa unor studii experimentale şi a documentării neurocognitive. Totuşi, odată cu revigorarea recentă a fenomenologiei, problemele au fost reluate. De exemplu, Stepens şi Graham (2007) critică înţelegerea delirului ca şi convingere patologică, adăugându-se astfel unei suite de critici deja

făcute de Berrios (1996), Fulford (1994), Sass (1994), Currie (2000). Referința la convingerea patologică, nu explică suficient fenomenele afective şi comportamentale precum nici aspectele imaginative şi de distorsiune a interpretărilor din delir. Autorii propun o teză a perturbării poziționării profunde, folosind expresia engleză „stance" (similară cu tradiționalul „stand" german). Teoria avansată (Delusional Stance Theory – DST) are două componente. DST I : Toate delirurile sunt în esență „atitudini" de ordin înalt, care constituie un fel de poziționare față de conținuturi mentale de ordin mai inferior, care nu se reduc la aspectul cognitiv al convingerilor; DST II : acest nivel înalt implică faptul că persoana delirantă se identifică cu conținuturile relevate de ordinul superior aşa de mult încât aceste conținuturi devin infailibile şi incorijibile.

În prezent, în abordarea psihopatologică a delirului există o constantă interferență între cognitivism şi elemente ale abordării fenomenologice.

Articularea fenomenologiei cu cognitivismul a deschis calea şi altor direcții de cercetare utile psihopatologiei. De fapt, psihopatologia fenomenologică a continuat să se dezvolte în umbră mai ales pe tema intersubiectivității bazate pe „intercorporeitate" şi narativitate. Domenii de cercetare care s-au dovedit fecunde şi pentru psihopatologia developmentală.

Fenomenologia a început să se intereseze de intersubiectivitate spre mijlocul sec.XX când Husserl, la sfârşitul operei sale, a încercat un răspuns la întrebarea : care este certitudinea existenței celuilalt de vreme ce d.p.d.v. fenomenologic avem doar certitudinea existenței de sine? Soluția pe care a intuit-o şi a expus-o în cea de a cincea „Meditație cartesiană" a fost că, în cadrul percepției lumii – care are obiectivitate prin oferta noematică – subiectul transcedental întâlneşte percepția propriei corporalități care are „obiectivitatea" lumii. Şi care, este analogă percepției „încarnate" a altui

subiect conştient a cărui ego se deschide şi el spre subiectivitatea transcedentală. Se constituie astfel o instanță a „intersubiectivității transcedenale" care stă în spatele științei fizico-matematice care vizează lumea obiectivă. Această idee a fost dezvoltată ulterior, impunându-se prin cartea de referință a lui Merleau Ponty „Psychopathologie de la perception". Autorul, făcând apel şi la cunoştințele neuropsihologice ale vremii, accentuează fundamentul de „intercorporeitate" a intersubiectivității. În perspectiva existenței conştiente, corpul apare atât ca un instrument complex de acțiune, comunicare, implicat în dragoste, dans, rugăciune cât şi ca sediu al „conştiinței încarnate". În ultimele două decenii ideea a fost reluată de noua fenomenologie – care face apel şi la discursivitatea narativă şi hermeneutică – înmulțindu-se interpretările psihopatologice în această direcție. De fapt psihopatologia de orientare fenomenologică a comentat încă din prima sa perioadă diferența subliniată de Zutt şi Paul einkopf între : „corpul portant", resimțit ca sediul al „sufletului", ca topos de înrădăcinare şi suport al identității (şi care e perturbat mai ales în depresie) şi corpul expresiv, fisiognomic, al apariției publice a cărei patologie se evidențiază mai ales în manifestările histerice, dismorfofobice şi anumite forme, ale relației senzitive şi paranoidiei. Odată cu reluarea acestei tematici fenomenologice, s-au făcut conexiuni cu actualele concepții cognitiviste privitoare la nivelele sinelui.

Psihologia developmentală asistă la naşterea unei subiectivități în mijlocul corporeității umane a copilului, care se prezintă la început, aparent, doar ca o ființă biologică. Dar care de obicei are în spate o preexistență a copilului în mintea, în dorința şi în expectația părinților, care şi-l doresc, îl concep în intenție, apoi îl imaginează, şi care comunică cu el în varii forme înainte de a se naşte, După naştere la prima vedere există o relație

psihocorporală între mamă şi sugar. Dar în spatele acesteia, intersubiectivitatea funcționează de la început. Sau cel puțin e prezentă ca un câmp în a cărui linii de forță se organizează progresiv tot mai diferențiat sinele copilului, în relaționarea sa intersubiectivă cu sinele mamei, a părinților şi a celorlalți oameni. Sine de la început încorporat, ca protosine, apoi structurându-se ca sine nuclear şi în sfârşit ca sine biografic şi autonoetic.

O altă direcție în care fenomenologia e prezentă în psihopatologia actuală e marcată de orientarea existențialist fenomenologică (Kraus). Aceasta urmează mai puțin liniile directoare ale filosofiei lui Husserl inspirându-se şi din viziunea lui Jaspers şi Heidegger. Punctul de plecare îl constituie tot trăirile curente ale oamenilor, pe fondul cărora apar şi fenomene mai deosebite aşa cum sunt stările de entuziasm, extaz, contemplare, rugăciune, credință, transă. Toate acestea au corelații cu fenomenologia trăirilor delirante şi halucinatorii.

Cercetările screening din ultimul timp privitoare la prezența psihozei în populația generală indică cote importante pentru delir şi halucinații. Deci nu doar anxietatea, depresia, obsesia sau hipomania sunt frecvente în viața de zi cu zi, ci şi trăirile „psihotice" de tip delirant, fie ele mai scurte sau persistente, mai intense sau mai puțin intense. Plasându-se la un pol opus față de perspectiva nomotetic-statistică, psihopatologia fenomenologico existențialistă comentează şi analizează faptul că însăşi procesul creator, de orice fel, presupune o tensiune psihică deosebită, o stare sufletească şi o ideație care se detaşează față de trăirile obişnuite, e particulară, de obicei „excentrică", oricum anormală. Dacă această „inspirație creatoare" se dezvoltă ulterior consistent sau nu, este o altă problemă. Pentru a exista „inspirație" şi „creație" de nivel înalt, trebuie să existe şi un nivel minor sau

banal al acestei arii de trăiri. Tensiune creatoare care uneori poate eşua în delir sau dezorganizare psihică. În aceeaşi problematică se poate plasa fenomenul „îndrăgostirii", care e un proces sufletesc interior bazal, diferit de obişnuitele relaționări interpersonal sociale sau de stările reactive. Şi acest proces poate urma o cale firească de structurare prin afecțiune şi comuniune reciprocă existențială sau poate eşua psihopatologic. În sfârşit, marea problematică tradițională a trăirilor religioase presupune de asemenea o implicare subiectivă psihologică profundă şi totală. Relevarea credinței într-o ființă transcedentală, devoțiunea în credință, rugăciunea, comuniunea şi comunicarea cu divinitatea, ascultarea „vocii" lui Dumnezeu etc., sunt fenomene psihologice milenare, care nu au avut corelație, în esența lor definitorie şi integrată social, cu psihopatologia. Faptul de a crede în divinitate, de a te afla în relație specială cu aceasta, era în societățile tardiționale şi este în multe societăți actuale un aspect al normalității. Devierea de la normă în sens patologic se produce doar dacă intervine un minus antropologic, o deficiență psihică disfuncțională care induce şi dezadaptabilitate. În aceeaşi linie problematică se înscriu o parte din fenomenele pe care le studiază psihologia transpersonală. Merită a nu se uita că, în urmă cu câteva decenii, Maslow enumera printre condițiile de normalitate ale persoanei, capacitatea de a avea experiențe deosebite, „fenomene pick". Fără de ele, ar fi imposibile inspirație, creativitatea, entuziasmul.

Cele menționate mai sus nu se înscriu direct în parametrii doctrinari ai pt.f şi nu sunt toate menționate explicit de cei care, ca şi Kraus, punctează orientarea spre o psihopatologie fenomenologică existențialistă. Dar, această problematică se articulează cu ea.

Un alt aspect pe care unii psihopatologi actuali orientaţi spre doctrina fenomenologică existenţialistă îl abordează, este conceptul faptului-de-a-fi-în-lume. Acesta a fost lansat de Heidegger în Cartea Fiinţă şi timp în care, preluând o idee a lui Kant, susţine că înainte de a comenta problemele pe care le ridică filosofia e necesar să analizăm cine şi cum e fiinţa care-şi pune problema fiinţei. Adică omul, pe care-l comentează sub conceptul generic de „Dasein". În raport cu aceasta Heidegger desfăşoară în maniera fenomenologică o analitică existenţială, aducând la lumină liniile de forţă fundamentale care-l caracterizează, condiţiile de posibilitate transcedentală ale fiinţării sale, în vederea punerii problemei fiinţei. Între aceşti existenţiali, principalul e considerat „faptul-de-a-fi-în-lume" idee prin care Heidegger încercă să depăşească, în manieră fenomenologică, polarizarea subiect obiect. Lumea e considerată într-un fel consubstanţială Dasein-ului, care se transcede nemijlocit în ea. Acest concept de lume este unul generic, incluzând tot ceea ce ar putea fi considerat lume culturală istorică sau lume individuală.

Ideea „faptului-de-a-fi-în-lume" a devenit de la început stimulantă pentru psihopatologii de orientare fenomenologică, primul şi principalul comentator în această direcţie fiind Binswanger. Acesta a actualizat celebra formulare a lui Heraclit :"în somn fiecare trăieşte în lumea lui dar cei treji trăiesc într-o lume comună". Dat fiind că în acea epocă Bleuler şi Minkowski comentaseră cu succes autismul schizofren, s-a dezvoltat ideea că psihoticul se retrage „în lumea lui" nemaiputându-se conecta la cea comunitară. Heidegger a protestat împotriva acestei interpretări subliniind că analitica Dasein-ului pe care o făcuse constituia un demers filosofic, fără legătură cu ştiinţele empirice şi deci cu psihopatologia. Împreună cu Boss a făcut un comentariu privitor la limitele problematicii psihopatologice în

raport cu speculația filosofică. Binswanger a mai lansat ideea unei „biorafii interioare" care se desfăşoară în subiectivitate ca un drum sau o devenire a Dasein-ului, care la psihotic eşuează. Ulterior Binwanger a renunțat la trimiterile la concepția lui Heidegger reorientându-se spre elaborările lui Husserl din ultima perioadă de gândire a acestuia. Totuşi, ideea a persistat. Concepția faptului-de-a-fi-în-lume este în prezent dezbătută din nou în cadrul psihopatologiei de orientare fenomenologico-antropologică de mulți autori între care Gallager (2009). Kraus încearcă chiar să invoce „existențiali" prezentați de Heidegger în Ființă şi Timp ca structuri a priori şi transcedentale ale Dasein-ului, în sensul unor dimensiuni de tip modular, care s-ar perturba sau s-ar manifesta deviant în cazul tulburării psihice. Deşi prin aceasta e subliniată ideea că starea psihopatologică derivă din disfuncții ale structurii normale a psihismului, ideea pe care o susține Kraus face referință doar la o elaborare filosofică clasică, a structurării ființei umane. Problema e desigur importantă şi reală dar în perspectiva ştiințifică ea beneficiază în prezent mai mult de aportul doctrinar şi de cercetările în direcție evoluționistă, cognitivistă şi developmentală, care susțin funcționarea modulară a psihismului uman, centrat de structura unui sine conştient.

Psihopatologia fenomenologică pleacă direct de la subiectivitatea conştiinței, deci de la un aspect cu totul specific al existenței umane, Ea relevă însă o structură ierarhică a acestei conştiințe şi urmăreşte cum în psihopatologie se produce o distorsiune, o prăbuşire sau dezorganizare a acestei structuri. Luarea în considerare a câtorva instanțe cheie a existenței conştiente a omului, permite o analiză sintetică şi organizată a tulburărilor psihopatologice, cu accent asupra unor aspecte pe care alte doctrine le ignoră. Astfel e de exemplu spațio-temporalitatea specifică a psihismului

conştient, asertarea subeictului, afirmarea sa în lume prin intermediul situațiilor, universul bogat a relaționării intersubiective etc. În conjuncție cu tradiția existențialistă pt.f. analizează starea anormală a subiectului în situații variate, urmăreşte nuanțele trăirilor omeneşti normale şi patologice. Ea este servită în această direcție de apelul pe care îl face constant la cultură, la literatură. Astfel încât, polarizarea între definirea câtorva instanțe esențiale şi bogăția de trăiri circumstanțiale, comentate nuanțat, diversifică universul psihopatologic. În plus, ea pune accentul pe trăirea situațională, pe faptul de a fi în situație semnificativă, situație ce e trăită atât ca centrată de o temă şi un obiectiv cât şi în mod difuz „atmosferic". Referirea la trăirile situaționale se corelează cu faptul că p.pt.abordează psihopatologia ca „fenomene" umane excentrice, anormale. Abordarea prin prisma fenomenelor se plasează la un pol opus față de abordarea prin „liste de simptome" (Tattosian). Iar aceste „fenomene psihopatologice" se pot corela neproblematic cu concepția modulară, ce vine dinspre p.pt.e. şi cognitivism.

*

* *

8.4. Creierul social şi sinele încorporat

P.pt.e. subliniază faptul că în dezvoltarea omului un rol central l-a jucat preocuparea prosocială a hominizilor în vederea intercolaborării. Creierul, care a fost organul țintă a evoluției, nu poate să nu reflecte acest fapt. În continuitatea acestei înțelegeri p.pt.d. e atentă la faptul că procesul de personogeneză se realizează printr-un îndelungat şi strâns comerț psihologic al copilului cu alte persoane care astfel îl formează „impregnându-l" cu umanitatea lor. P.pt.c. acordă o importanță centrală învățării sociale şi bazelor cerebrale ale relaționării interpersonale. Colaborarea ei strânsă cu neuroştiințele a condus la decantarea conceptului de „creier social". (Secară,

2007). În sfârşit, fenomenologia care pune accentul pe subiectivitatea conştientă, s-a relansat în ultimele decenii studiind tema intersubiectivității, bazată pe „intercorporeitate”, apropiindu-se astfel mult de cognitivism dar preluând şi moştenirea psihanalizei.

În cadrul cogniției sociale un moment developmental cheie îl constituie apariția la 3-4 ani a fenomenului ToM – al mentalizării - expresie a dezvoltării sinelui nuclear. În cadrul acestui fenomen copilul se manifestă cunoscând intuitiv starea mentală a altora, atribuindu-le corect intenții şi opinii situaționale şi distingând astfel mintea altora de mintea sa, de cunoaşterea, intențiile şi opiniile sale. Fenomenul ToM care în prezent e încorporat în capacitatea mai cuprinzătoare a „mentalizării”, e adaptativ permițând anticiparea comportamentului celuilalt în vederea coordonării acțiunilor. Recunoaşterea altor persoane ca distincte de sine presupune şi o percepție de sine, ca realitate distinctă de lume şi de alții. Acest proces are şi el o bază în funcționarea „creierului social”. Făcând trimitere directă la ToM, unul dintre primii autori ce au studiat temeinic fenomenul, Frith, (1992) scrie: „Creierul social implică în primul rând sistemul limbic, în mod particular amigdala, cortexul frontal orbital, cortexul cingulat anterior şi cortexul temporal superior”. De fapt e greu de a delimita „creierul social” deoarece trebuiesc avute în vedere faze succesive, precum : - înainte de ToM se constituie perceperea integrată a sinelui şi a altora, ca realități distincte şi semnificative fapt ce implică dirijarea atenției de către cerebel; - după ToM intervine metacogniția ce integrează experiențele sinelui cu alții, de-a lungul biografiei, fapt ce implică intens structurile memoriei, hipocampul. Apoi, intră în joc şi funcțiile executive, zona „neuronilor oglindă”, autocontrolul emoțiilor şi agresivității (realizată prin lobul prefrontal), utilizarea limbajului

ş.a.m.d. Deşi extrem de complexă, problema „creierului social” s-a impus studiului şi se poate referi la cunoştințe destul de ferme.

*

* *

La subiecții normali adulți identificarea figurilor umane are loc în aria facială fusiformă din girusul temporal (cortex ventral temporo-occipital). Aceasta se activează selectiv la fețe umane şi chiar la imaginarea acestora şi encodează configurația fețelor. La copiii mai mari ea se activează bilateral la vederea fețelor iar după 14 ani mai puternic în emisferul drept. Recunoaşterea emoțiilor faciale e pendinte şi de amigdală. Ea se activează de exemplu la percepția unei fețe amenințătoare şi transmite informația ariilor corticale. În partea posterioară a şanțului temporal superior se encodează direcția privirii persoanei percepute. Amigdala proiectează direct informațiile în cortexul orbito-frontal; zona medială a acestuia e activată predominant de fețe atarctive iar părțile laterale de expresia facială de furie. În situația relațională socială naturală, indivizii se uită spre regiunea ochilor ca să obțină informații despre ce gândeşte şi vrea o persoană, dar procesează informativ întreaga față percepută ca o configurație coerentă. În plus, trebuie să existe un interes pentru fețele umane (în autism acest interes lipseşte, fața e percepută fragmentar sau cu detalii nesemnificative, interesul poate fi nu pentru ochi ci pentru gură sau zone laterale). După percepția corectă a fețelor altora, această informație circulă în zone asociative care aduc informații despre identitatea sa şi semnificația sa pentru subiect. E implicat cortexul prefrontal dorsolateral, responsabil de memoria de lucru.

Anticiparea intențiilor din mintea celuilalt are ca punct de plecare anticiparea comportamentului său motor, premizele cerebrale ale acestuia fiind neuronii oglindă prezenți la antropoidele superioare. Începutul

problemei ToM apare odată cu descoperirea la macaci în Aria F5 a unor neuroni care se activau nu doar când maimuța executa o acțiune ci şi când urmărea executarea unei acțiuni similare de către altă maimuță. La om aceştia sunt localizați în primul rând în şanțul temporal superior – STS – dar şi în girusul frontal superior şi lobul parietal inferior (nucleul dințat). Neuronii se activează la executarea unei acțiuni sau la planificarea ei (neuroni oglindă) dar şi la perceperea respectivului comportament la alții sau la anticiparea la aceştia a acțiunii respective. Se consideră că această rețea joacă un rol important în imitația socială şi în achiziționarea limbajului. Substratul neuronal al imitației s-ar baza pe STS (care codează indicii vizuali ai acțiunii observate), pe cortexul parietal posterior (care codează indicii senzoriali ai acesteia) şi pe neuronii oglindă frontali care codează scopul acțiunii ce urmează să fie imitată; înainte de a fi transmisă cortexului motor configurația comportamentului e transmisă la STS ce compară consecințele senzoriale anticipate cu indicii vizuali ai acțiunii observate. Oamenii înțeleg acțiunile observate pe baza anticipării rezultatelor lor. Conversația, dialogul, se bazează de asemenea pe anticiparea celor ce vrea să spună interlocutorul. În ToM subiectul anticipează, pe baza informațiilor percepute şi a metacogniției experiențiale, intențiile celuilalt. (În autism copilul nu e capabil de imitare şi anticipare). Perturbarea anticipării în ceea ce priveşte inițierea acțiunilor şi coordonării cu alții în acest domeniu, ar sta la baza simptomelor de influență xenopatică din schizofrenie (Frith, Janneraud).

„Creierul social" e conceptualizat şi studiat pentru a se progresa în direcția.....bazelor interacțiunii subiectului cu alți oameni. Dar ca această interacțiune şi cunoaştere să se producă, subiectul trebuie să se perceapă şi pe sine. Rolul important a percepției de sine în psihologie, în neurologie şi psihopatologie a atras de mult atenția. Percepția de sine are ca punct de

plecare percepția propriului corp, direcție în care s-au forjat către mijlocul sec.XX conceptele de imagine corporală şi schemă corporală. Un rol important l-au jucat neurologii (Lehrmitte) care au descris sindroame în care această cunoaştere e perturbată; şi au conceptualizat modele de circumscriere şi interpretare. Schema şi imaginea corporală s-ar baza pe proiecții informative ce vin dinspre corp şi/sau vizează corpul, în lobul parietal – de fapt din zona parieto-occipito temporală stângă – unde se configurează limitele propriului corp şi resimțirea sa. La bază stau informațiile interoceptive de la organele interne, cele proprioceptive de la mușchi şi tendoane, informațiile vestibulare privitoare la poziția corpului în spațiu, cele cutanate ce delimitează propriul corp de restul lumii şi cele vizuale care permit percepția directă şi în oglindă. Recunoaşterea în oglindă e doar parțială la antropoidele superioare. La copil ea se realizează începând de la 1 an şi 6 luni şi e întârziată sau imposibilă în autism. Percepția propriului corp este una constantă, diferențiindu-se astfel de perceperea variabilă a lumii înconjurătoare şi jucând un rol de referențial spațial pentru aceasta (Piaget). Această percepție continuă e importantă şi în relaționarea interpersonală, corpul propriu fiind nu doar un instrument de acțiune ci şi unul al comunicării interumane, neverbale şi verbale. Prin expresivitatea şi manifestările sale corporale subiectul ajunge să se reflecte nu doar prin intermediul oglinzii şi ci prin reacțiile persoanelor apropiate. Corpul resimțit stă la baza emergenței sinelui la copil. S-a diferențiat chiar un nivel al „protosinelui încorporat". Şi apoi, propriul corp, perceput şi reprezentat, devine „sediul propriei minți", sediul subiectivității persoanei. Psihanaliza a comentat problema din perspectiva pulsiunilor şi dorințelor ce emerg din propriul corp şi se direcționează spre alții. S-a conturat apoi o diferențiere între noțiunea de „imagine corporală" care s-ar referi mai ales la aspectul

exterior, cel care e perceptibil şi de către alţii şi poate fi manipulat în jocul social; şi „schema corporală” care s-ar referi mai mult la corporalitatea trăită şi resimțită interior de către subiect, în limitele pe care le desenează marginea corporalității. În această direcție a jucat un rol deosebit şi orientarea fenomenologică a psihopatologiei.

Din perspectiva creierului social problema reprezentării cerebrale a propriului corp a făcut în ultimul timp obiectul unei importante sinteze realizate de Damasio. Reprezentarea psihocerebrală a propriei corporalități e un aspect bazal al relaționărilor interpersonal sociale a subiectului. Precum şi o bază a conceptualizării sinelui.

*

* *

Creierul social girează şi reglează relaționarea subiectului cu alți. Dar însăşi formarea subiectului ca ființă umană autonomă, cu o minte proprie centrată de sine, se bazează pe dezvoltarea ontogenetică postuterină a creierului ce se desfăşoară în condițiile maternajului. Deci a unei constante influențe şi impregnări cu psihism uman, prin care mama se manifestă în raport cu ființa nou născută, cu creierul său predispus genetic pentru socializare. În această perioadă inițială care precede relaționările sociale mai complexe, creierul copilului se manifestă cu o serie de predispoziții înnăscute care se validează în atmosfera psihologică a maternajului după modelul standard al modulelor. Unele din aceste procese psihologice au de la început un evident obiectiv prosocial, altele nu îl au de la început şi direct.

Interesul pentru lumea din jur, care se manifestă în stările de vigilitate, este un fenomen spontan, nespecific, comun omului şi animalelor. El are la bază structuri cerebrale înnăscute, aflate la baza creierului, pe care Damasio le-a inclus în protoself (protosine) iar Panksepp (2003) le comenteaza ca un

sistem emoțional bazal ce include cingulatul anterior insular şi cortexul prefrontal în corelație cu substanța gri periapeductală (PAG); sistem care generează intenții de act bazate pe emoții, fără aferențe stimulative exterioare. Acest „SEEKING" sistem dinamizează animalul şi copilul să exploreze autostimulat ambianța, fără a căuta un obiect sau o satisfacție determinată. În universul său perceptiv sugarul întâlneşte însă figura maternă. Creierul uman are o capacitate înnăscută de a recunoaşte fața umană prin forma capului, prezența ochilor, nasului şi gurii, toate legate într-o configurație ce păstrează anumite distanțe şi caree se prezintă în poziție verticală. Intervine cortexul occipital, apoi cel parietal (pentru localizare şi configurație), cel temporal (pentru identificare), iar apoi informația e proiectată în zona frontală. Joacă un rol important focalizarea atenției spre figura umană, care se realizează la început prin mecanisme subcorticale dependente de coliculul superior (procesul CONSPECT) şi apoi prin mecanisme girate cortical (procesul CONLEARN). Un rol fundamental îl joacă din primul an atenția : atenția ațintită şi apoi cea conjugată. Copilul devine atent la fața mamei; şi treptat urmăreşte direct şi țintit privirea acesteia, orientându-se spre lucrurile pe care ea le priveşte. (Tomassello, 1995; Mundy, 2006). Această fază e denumită RJA („responding to joint attention). Privind des mama copilul se familiarizează cu expresiile feței umane, constată faptul că poate declanşa reacții ale mamei prin zâmbet şi plâns, percepe manifestările codului comunicațional nonlingvistic şi lingvistic. O fază ulterioară este cea în care copilul inițiază observarea unui lucru şi solicită – pretinde – adultului să îşi îndrepte atenția spre ceea ce îl interesează pe el. Acest fenomen este denumit I.J.A. („initiating joint attention") este considerat o atitudine „protodeclarativă". În sfârşit, mai târziu coordonarea atenției sociale poate fi utilizată în sarcini instrumentale

în care se solicită şi se pretinde colaborarea altuia, proces denumit IBR („initiating behaviour regulation"). De asemenea, de la un moment dat, atenția poate exprima pretenții. Atenția conjugată ce se dezvoltă în primul an are un pronunțat caracter uman, pregăteşte relația de ataşament şi apoi e operantă în fenomenul ToM. Atenția reciprocă acordată de un individ altuia joacă un rol esențial în tot cursul vieții umane. Ea reglează relațiile ierarhice (de dominare, supunere, de atitudine imperativă), cele de colaborare şi rejecție (suspiciune), de implicare participativă, de afecțiune (dragoste), de comunicare şi dialog etc.

Studierea atenției conjugate a fost ocazia unei schimbări de optică şi terminologie în cadrul psihanalizei în primul rând şi a psihologiei developmentale în genere. Copilul şi adultul percepe în mod diferit lucrurile inanimate, ființele vii şi oamenii, fapt ce se manifestă în „psihologia populară" şi care este în prezent studiată sistematic. Subiectul poate avea şi interese diferite în raport cu aceste aspecte ale lumii sale înconjurătoare. El le poate atribui fiecăruia semnificații dintr-o clasă sau alta. Astfel, pentru copil multe obiecte neanimate pot apare ca animate în cadrul poveştilor – în sensul obiectelor tranziționale ae lui Winnicott – iar animalelor li se pot atribui stări mintale omeneşti. Dar există şi fenomenul invers, în care oamenii pot fi priviți şi percepuți (în sensul de a li se atribui calități) ca nişte animale sau obiecte. Diferențe în această direcție au fost studiate în familiile copiilor cu autism. În perspectiva developmentală e important că de la început părinții sunt atenți la bebeluş şi-l percep ca pe o ființă umană dotată cu subiectivitate. În acest sens Trevasthen şi Hubley (1979) Trevasthen (2001) au propus ca relația mamă copil să fie de la început înțeleasă ca intersubiectivă. Intersubiectivitatea primară s-ar desfăşura între 0-6 luni, deci într-o perioadă în care nu e încă structurată figura maternă ca şi configurație

stabilă, relaționarea fiind predominant biologică. Intersubiectivitatea secundară s-ar dezvolta între 6-18 luni, deci în perioada în care se inițiază relația de ataşament dezvoltându-se apoi în sisteme reprezentaționale. Faptul ce culminează cu recunoaşterea în oglindă a copilului. E o perioadă în care cresc abilitățile copilului de a se angaja intențional în comunicare socială cu alții. Este şi perioada în care se dezvoltă ceea ce Bolwby a denumit „modelul intern de lucru" (internal working model). Şi pe care psihanaliştii mai noi l-au abordat şi dezvoltat, o dată prin Sandler şi apoi – în cadrul abordării interpersonal relaționale – prin Benjamin şi alții. Ideea de bază e că altul – imagoul matern şi alte persoane de referință – sunt încorporate structural în psihismul copilului, împreună cu semnificația lor relațională. Mama protectoare se află în permanență în structura psihismului copilului, protejându-l dinăuntru. Relațiile cu noi persoane concrete se realizează prin filtrul relațional al acestei instanțe.

Dezvoltarea atenției conjugate şi a ataşamentului în condițiile intersubiectivității, indică faptul că psihismul copilului se structurează de la încdeput prin percepția şi asimilarea altui psihism uman. Procesul se desfăşoară în condițiile unui maternaj care are multe trăsături biologice. Şi în cursul căruia însăşi corporalitatea copilului se dezvoltă în strânsă relație – fizică, biologică şi umană – cu corporalitatea mamei. Aceste aspecte au fost preluate de noua psihopatologie de orientare fenomenologică, care, aşa cum s-a menționat deja, s-a dezvoltat în direcția intersubiectivității articulate cu intercorporeitatea. Cercetările actuale care se desfăşoară în aria p.pt.d., urmăresc naşterea şi structurarea progresivă a diverselor nivele ale sinelui. Tradițiile psihanalitice, care au confluat în teoria ataşamentului, sunt şi ele prezente în acest program de cercetare.

Nivelul prim al sinelui, cel al protosinelui, este înrădăcinat în corp, face „corp comun” cu trupul. La acest nivel sinele uman împărtăşeşte cu cel animal o serie de caracteristici comune privitoare la vigilitate, emotivitate primară, propensiune instinctivă şi motricitatea spontană, în sensul utilizării corpului în schemel de comportament. Un al doilea nivel ar fi cel al sinelui nuclear care implică mentalizarea şi relaționările interpersonale specific umane. Iar al treilea nivel este cel al sinelui biografic, metareprezentațional. Relaționarea socială intersubiectivă e prezentă la toate nivelele, inclusiv la nivelul persoanei care le integrează pe toate. La toate nivelele, sinele e bazat pe funcționarea cerebrală, pe creierul social. Dar chiar de la început, relația cu alt om, cu mama, are caracteristici intersubiective, aşa cum deja s-a menționat privitor la intersubiectivitatea primară şi cea secundară, din primele luni de viață. Desigur ca şi relaționările pe care se bazează ataşamentul şi mentalizarea sinelui nuclear, constituie un proces intersubiectiv. În ultimul timp este studiată în mod special intersubiectivitatea ce se afirmă la nivelul protosinelui. Este vorba de mintea (umană) înțeleasă ca încorporată, desigur în corpul uman, „adoptată” de trup. Programul se desfăşoară sub girul cognitivismului. Iar lucrarea seminală e cea a lui Varela (1991) reunind autori ca Lakoff (1999), Clark (1971), Hurley (1998), Gallager (2005), Northoff (2003), care comentează problema din perspectiva neuroştiințelor cognitive şi a filosofiei minții. Nu e vorba doar de a funda procesele cognitive în experiențele senzoriomotorii ale organismului în relație cu ambianța. Autori ca Damasio, (1999,2005) Edelman, Panksoop (2003) au subliniat strânsa conexiune dintre structurile cerebrale, funcționarea de ansamblu a corpului şi aspecte ale minții, ca de exemplu conştiința, cogniția, emoțiile şi conştiința specific umană. De asemenea perspectiva socială a neuroştiințelor ca şi psihologia socială

subliniază constant „încorporarea” modelelor de cogniție şi comportament social. Psihologia actuală e orientată spre o „recorporeizare a cogniției”. Această „minte încorporată” este tot mai mult şi în atenția psihopatologiei care reia tema intersuiectivității ca bazată pe intercorporeitate.

O piatră ungiulară pentru cercetarea psihopatologică a „minții încorporate” a constituit-o autismul Kanner, în jurul căruia s-au desfăşurat cele mai multe studii privitoare la ToM. Dar, alături de deficiența ToM s-a evidențiat în autism şi un alt grupaj de simptome care constă din : - repertoriul restrâns de interese; stereotipii – preocuparea față de părți ale obiectelor; - fragmentarea percepției; - dorința obsesivă pentru identitate; - dificultatea de a generaliza; - abilități constructive crescute. Pentru înțelegerea acestora s-a introdus conceptul configuraționist de „coerență centrală” (Heppe 2005, Baron-Cohen 1997). Psihologia gestaltistă a studiat intens acest fenomen în perioada sa de glorie dintre cele două războaie mondiale. Dar în prezent conceptul s-a dovedit operațional în special pentru psihopatologie. Percepția vizează totdeauna configurații structurate şi semnificante ce se detaşează de pe un fundal, care şi el are o anumită structură. Procesul perceptiv se face, la rândul său, prin selecția structurată şi ierarhizată a informațiilor. Raționamentul, acțiunea şi limbajul are şi el o structură în cadrul căreia obiectivul e păstrat şi atins progresiv, prin etape care necesită flexibilitate în alegerea şi inserția secvențelor. Astfel încât în final să se ajungă la o desfăşurare sintetică şi semnificantă a unui întreg ce are o coerență centrală. Atenția acordată micilor detalii, tendința de a menține neschimbate situațiile, stereotipiile şi celelalte simptome menționate mai sus, sunt expresii ale perturbării acestui proces. Studiile efectuate în autism au arătat că la baza sa stă o deficiență primară condiționată de nedezvoltarea celulelor Purkinje din cerebel, lobulii VI şi VII ai vermisului

cerebelar, care asigură procesarea specializată a informației contextuale. Această deficiență blochează procesarea atențională a figurii umane şi integrarea ei într-un tot structurat şi semnificant, fiind deci o posibilă condiție de posibilitate a deficienței ToM. Cerebelul este astfel implicat în cogniția superioară, alături de cortexul prefrontal. Pe lângă funcția motorie – care se păstrează apoi întreaga viață – cerebelul are inițial şi o funcție cognitivă în cadrul unui circuit împreună cu cortexul prefrontal, care se încheie în jur de 1 an. Deficitele cerebelare produc pe lângă o disimetrie motorie şi o disimetrie cognitivă o dificultate de a coordona şi monitoriza, de a percepe o figură ca imersată, integrată într-un context învăluitor. Odată cu deficiența funcționării cerebelare apar dificultăți în a extrage informații pentru a le reintegra în cele învățate anterior. Cu cât mai complex e ambientul, cu atât mai amplu e comportamentul stereotip şi atenția fixată pe detalii, cu dificultatea perceperii a ceea ce e esențial în situație. Dincolo de ceea ce se ştie până în prezent, extragerea percepțiilor semnificative dintr-un context bogat e un proces complex, pe care cognitivismul îl studiază şi prin modelări matematice (de exemplu prin Analiza Semantică Latentă).

Nedezvoltarea perceperii contextuale şi integrative printr-un proces cognitiv bazat pe funcția coerenței centrale, apare în autism ca un proces mai bazal decât nedezvoltarea ToM. Cercetări similare se desfăşoară în prezent şi în schizofrenie prin colaborarea dintre cognitivişti, fenomenologi şi specialişti în neuroştiințe.

O astfel de perturbare este invocată de Sass (2003) şi Parnas (2000) că specificul schizofreniei, vizând zona protosinelui, care nu doar e profund încorporat în propriul corp ci e implicat în relațiile primare de maternaj din primul an, în intersubiectivitatea primară (din primele 6 luni) şi cea secundară, care îi urmează. E vorba de o tulburare bazală a conştiinței de

sine care are 2 componente (Fucs, 2010) : a) e însoțită de o deficiență a proceselor automate, fapt ce conduce la fragmentarea schemelor motorii şi perceptive; b) exprimă un deficit al spontaneității automate preintenționale. Această fragilitate se manifestă în schizofrenie şi înainte de episod. Dar se actualizează odată cu declanşarea bolii, manifestându-se predominent în simptomele dezorganizante şi negative. Se ajunge la pierderea aspectului „implicit" al participării funcțiilor corporale la viața normală. Schemele senzorio motorii nu mai sunt „tacite", ci devin accesibile introspecției conştiinței printr-un fel de „hiperreflexie"sau desimplicare. În percepție subiectul nu mai poate surprinde spontan aspectele globale, semnificațiile esențiale plasate într-un context fixându-se pe detalii. El trebuie să facă un efort cognitiv explicit pentru a putea percepe şi înțelege ceea ce e semnificativ. Însăşi actul perceptiv în sine poate deveni conştient. Pacientul ajunge un fel de spectator a însăşi faptului că percepe. Realitatea apare artificială, enigmatică, fantasmatică ajungându-se la perplexitate predelirantă. Pe acest fundal unele percepții banale se impun ca hipersemnificative, fapt comentat de Schneider ca „percepție delirantă". Progresiv, fragmentele decontextualizate şi hipersemnificante se organizează în rigiditatea unui delir care asigură psihismului o coerență secundă dar patologică. O alterare similară a funcționării corporale are loc în direcția acțiunii. Schizofrenul vorbeşte deseori de o ruptură între mintea şi corpul său. Se petrece o „de-monitorizare" a comportamentului. Unitățile acțiunilor semnificante se fragmentează, acțiunile zilnice intrând în vizorul unei hiperreflexivități. Activități banale ca îmbrăcatul, mâncatul, acte obişnuite de vorbire etc., nu se mai desfăşoară spontan ci au nevoie de elaborare şi control reflexiv continuu. Deliberarea trebuie să fie permanentă, efortul

atenţional continuu. Ceea ce desigur oboseşte psihismul conducând spre abulie.

Aceste analize actuale care vizează corporeitatea aflată sub controlul protosinelui, reiau intuiţiile şi descrierile mai vechi ale lui Blankenburg (1971) care a analizat „pierderea simţului comun" ca tulburare bazală în schizofrenie. În acelaşi sens e comentată recent problema a alterării simţului comun de către Stanghellini (2004) într-o sinteză fenomenologică asupra schizofreniei intitulată semnificativ „Disembodied spirits and deanimated bodies". Dar această problematică se extinde într-o largă arie a psihopatologiei.

Tema coerenţei centrale apropie cercetările fenomenologice privitoare la „sinele încorporat" de cognitivism şi de „creierul social". Coerenţa centrală este însă un concept amplu, ea vizând organizarea ierarhic structurată a funcţiilor psihice, a psihismului. Organizare ce se realizează printr-un principiu de ordine care are în vedere o „nuclearitate" a psihismului persoanei, delimitări ale acestuia şi o orientare centrată în raport cu lumea. Iar în cele din urmă este în vizor procesul global al sintezei psihice, Perturbarea unei funcţii aşa de ample nu se poate reduce la două entităţi nosologice : autismul Kanner şi schizofrenia. De fapt, tulburarea relaţiilor de ordine e cel mai pregnant vizibilă în patologia obsesiv-compulsivă unde, alături de disfuncţia executivă, există o preocupare exagerată pentru ordine şi ordonare, pentru aranjarea spaţială şi programarea acţiunii. (Lăzărescu, 2008). După cum există şi o amplă probelmatizare a delimitării : atât la nivel corporal – cu sentimentul contaminării malefice – cât şi la nivel interpersonal sau al posesiunii, prin zgârcenie şi colecţionarism.

Problematica ordinii este în cele din urmă o temă general umană, a vieții de zi cu zi; dar şi a societății şi a culturii. Nimic în lumea umană – şi probabil în univers – nu e posibil fără relații de ordine.

*

* *

Doctrinele psihopatologice tind să considere psihismul omului în perspectiva unor configurații, a unor sinteze ierarhice şi a timpului dezvoltării. Ele fac însă în mod continuu referire la categoriile clinice pe care le descriu sindroamele. Sindroamele sunt comentate în DSM-III-IV prin liste additive de simptome. Ele par a se plasa la un pol opus față de „fenomenele" psihice pe care le comentează fenomenologia. E vorba însă o complementaritate. Sindroamele presupun o unitate, o coerență, chiar dacă aceasta nu e definită printr-o „esență" nucleară. Această coerență e prezentă în mod firesc şi în echivalentul sindroamelor din normalitate, a depresiei în tristețe, a atacului de panică în spaimă, a paranoidiei în suspiciunea față de intențiile rele ale celorlalți.

Nosologia psihopatologică s-a constituit prin observarea statică a bolnavilor internați în spital. Fenomenele trăirilor umane se manifestă în desfăşurarea dinamică a existenței. Psihologia developmentală ne familiarizează însă cu ideea de modul psihic, pe care cognitivismul o adoptă de la început. Psihologia şi psihopatologia evoluționistă aduc în discuție fixarea unor moduli psihici adaptativi prin selecție naturală. Şi apoi urmăresc cum evoluția adaptativă a psihismului uman se desfăşoară, tot prin selecționarea şi perfecționarea unor moduli, în însăşi cursul dezvoltării specifice a omului, a istoriei sale. Cognitivismul neoraționalist atrage atenția asupra complexității problematicii modulilor psihici adaptativi la om, ei îmbogățindu-se prin învățare şi experiență ontogenetică, fiind sensibili la

informația semantică şi căzând parțial sub incidența rațiunii, a conştiinței, a deliberării conştiente libere şi responsabile. Configuraționismul fenomenelor umane pe care l-a promovat tradițional fenomenologia, se întâlneşte cu o construcție tot mai sistematică şi solidă, ce porneşte de la tema modularității.

Psihopatologia clinică are în prezent în față această dezbatere.

*

* *

Actuala psihopatologia clinică stă încă sub semnul mutației de orientare ştiințifică pe care l-a punctat publicarea în 1980 a DSM-III. Acest eveniment a fost începutul unei epoci de noi căutări în care s-a dezvoltat doctrina vulnerabilitate/stres, psihologia şi psihopatologia developmentală, ideea rezilienței, psihologia şi psihopatologia evoluționistă. Axul în jurul căruia a gravitat noua orientare a fost neoraționalismul cognitivist, care s-a impus în filosofie şi psihologie. Domeniul de interes principal al acestuia a fost tot timpul relația minte/corp. De fapt, relația minte/creier, fapt ce a stimulat enorm dezvoltarea neuroştiințelor în corelațiile cu inteligențele artificiale, cu teoria sistemelor şi alte teorii şi metateorii matematice cu aplicabilitate în ştiințe. Cognitivismul a avut în vedere tot timpul un psihism conştient în care joacă un rol important perspectiva subiectivă a „persoanei întâi”. Acest psihism conştient, bazat pe funcționalitatea encefalului a fost mereu în focarul unor cercetări empirice, astfel încât psihologia conştiinței s-a văzut întărită de dovezi. De la începuturile dezvoltării sale cognitivismul a colaborat şi cu lingvistica, ideea de modularitate aplicându-se amândurora. Interesul ştiințific şi filosofic pentru limbaj, care are rădăcini mai adânci în gândirea anglo-saxonă, a condus la dezvoltarea unor zone de cercetare intermediare între filosofie şi ştiință, care includ „actele de limbaj” şi „atitudinile propoziționale”. În acest context s-a lărgit şi preocuparea

ştiinţifică pentru narativitate, extrem de adecvată şi prolifică în studierea persoanei conştiente. Atenţia acordată de cognitivism subiectivităţii şi narativităţii au reactivat vechea fenomenologie, care evoluase şi ea spre hermeneutica narativităţii. În sfârşit, cercetările în direcţia filosofiei minţii au acordat atenţie - în tradiţia filosofiei britanice privitoare la simţul comun – psihologiei populare. (Churchland, 1994).

S-a constituit astfel un univers problematic, metodologic şi de cunoaştere care depăşeşte cu mult viziunea tradiţională a pozitivismului logic, ce a fost invocată când s-a elaborate DSM-III. Omul ce ajunge să trăiască stări psihopatologice e înţeles ca rezultatul unei evoluţii filogenetice şi a unei dezvoltări ontogenetice, în interiorul căreia se manifestă conştiinţa. Existenţa sa relaţională se desfăşoară intersubiectiv, comportamentul său argumentat raţional şi trăirile sale subiective se integrează în nişa sa ecologică umană, dimensionată de logos şi structurată prin norme şi valori. Această perspectivă de abordare şi studiu sugerează un nou înţeles al fenomenului uman, altfel poziţionat decât în fenomenologia lui Husserl şi în behaviourismul lui Skinner.

Toată această nouă înţelegere şi abordare a persoanei umane, a fenomenului uman, se repercutează direct asupra psihopatologiei clinice. În prezent trăirea în acest univers multifaţetat în care tradiţia DSM III şi a viziunii despre psihopatologia clinică a acelei vremi, se articulează cu noi înţelesuri şi cunoştinţe.

Din această confruntare e de aşteptat să se deschidă noi orizonturi şi să se împlinească noi sinteze.

PARTEA A IV-a

Capitolul 9

Ce e tulburarea mentală?

9.1. Definiția din DSM-III-IV. Implicarea valorilor în concepția manualului american; 9.2. Constructivismul social şi tema tulburării psihice; 9.3. Soluția biostatistică a lui Boorse; 9.4. Doctrina evoluționistă a lui Wackefield: disfuncția dăunătoare; 9.5. Perturbarea conexiunilor semnificante. Bolton; 9.6. Orientarea psihopatologiei clinice în direcția disfuncției şi destructurării modulare a psihismului centrat de sine şi persoană; 9.7. Arii modulare şi spectru în psihopatologia clinică. Patologia obsesiv-impulsivă; 9.8 Ce e tulburarea mintală?

Privitor la problema: "ce este tulburarea mentală"? este mereu citată o formulare a lui Kendell (1986): "Tema cea mai fundamentală şi constrângătoare este dacă boala ("disease", "illness") este un concept normativ bazat pe judecăți de valoare sau dacă e un termen ştiințific, liber de valori; cu alte cuvinte dacă ea e un termen biomedical sau unul sociopolitic.

Această formulare apare după ce DSM-III, publicat în 1980, optase deja pentru abordarea "ştiințific biomedicală" ca răspuns la varianta "sociopolitică" împotriva căreia îşi imaginase că luptă antipsihiatria anilor 60. Totuşi, întrebarea a rămas şi rămâne, iar în marginea ei s-au imaginat tot felul de răspunsuri subtile. De fapt, formularea lui Kendell simplifică mult problema şi foloseşte termenii ca de la sine înțeleşi, fără o definire a lor şi fără o trimitere la constituirea istorică a ceea ce în prezent e considerat „ştiințific" şi „sociopolitic".

Într-adevăr, constructorii DSM-III au avut în față o problemă socio-politică, cea a mişcării antipsihiatrice a vremii. Acest aspect e comentat în paragraful privitor la constructivism social (9.2.) şi în anexe. În continuare

se vor comenta câteva abordări din ultimul timp a problemei : ce e tulburarea mintală? iar în final se va încerca o sinteză.

9.1. Definiţia din DSM-III-IV. Implicarea valorilor în concepţia manualului american

Eforturile făcute de comunitatea psihiatrică, mai ales în SUA, de a răspunde provocărilor antipsihiatrice şi de a menţine psihiatria în rând cu celelalte ramuri ale medicinii a condus la elaborarea şi publicarea în 1980 a DSM-III. În DSM-III-IV tulburarea mentală e definită, aşa cum s-a menționat deja (1.6.; 2.1.) ca "un sindrom clinic semificativ care crează suferință ("distress") şi/sau deteriorare ("impairment") în funcționarea socială sau favorizează aceste stări, moartea sau pierderea gravă a libertății. Tulburarea trebuie să aibă la bază o disfuncție psihică şi comportamentală în individ, să nu rezulte dintr-un conflict cu societatea, din trăirile, opțiunile şi convingerile personale şi din intoleranța societății față de acestea. Aceasta circumscriere stă la baza unui sistem nosologico-nosografic care defineşte entități categoriale în principiu distincte prin prezența unui număr minim de simptome dintr-o listă. Sistemul se vrea cât mai ateoretic posibil d.p.d.v. al etiologiei, deşi în subtext se pledează pentru un model biomedical care favorizează idea unui substrat disfuncțional cerebral.

Definiția din DSM-III-IV îşi are limitele sale de care autorii au fost de la început conştienți. Ea nu este o definiție operațională, limitele între entități nu sunt de fapt precise şi nici limitele față de normalitate, opțiunea ateoretică nu e de fapt completă, terminologia nu peste tot este precisă etc. Au fost avansate ulterior şi alte opțiuni de circumscriere şi caracterizare a tulburării mintale, care vor fi comentate în prezentul capitol.

Discutând contextul istoric în care DSM-III a fost elaborat şi publicat – legat de atacurile antipsihiatriei după cel de al Doilea Război Mondial,

Sandler subliniază faptul că acest manual exprimă d.p.d.v. al valorilor „spiritul vremii", „Zeitgeist"-ul lumii occidentale, mai ales în varianta sa nord-americană, unde redactarea textului a avut loc. Acest spirit exprimă concepția despre lume a acestor oameni, stilul lor de comportament iar viața de zi cu zi, de raportare interpersonală şi față de lume, curentele filosofice dominante în acel loc şi timp. El distinge 6 asumpții privitoare la valorile ontologice caracteristice epocii care sunt uşor de recunoscut în DSM-III : empirismul, hiponarativitatea, individualismul, naturalismul, pragmatismul, tradiționalismul.

Sistemul DSM-III-IV (şi proiectul de revizuire în continuarea acestuia) cultivă empirismul. La fiecare revizuire s-a practicat o documentare cazuistică cât mai serioasă şî s-a făcut apel la date bazate pe cercetarea biologică, psihologică, sociologică. El pretinde ca deciziile nosologice să se bazeze pe ipoteze testabile, evidențiate prin observații sistematice făcute în centre în care există un serios control ştiințific. Proiectul a acordat o mare importanță „field trial-urilor" şi în prezent „medicinei bazate pe dovezi". Față de această atitudine, în ultimii ani şcoala lui Fulford optează pentru o dublă perspectivă, care să nu ignore medicina bazată pe valori.

Hiponarativitatea se corelează cu ideea pe care DSM-III-IV o afirmă explicit, că urmăreşte diagnosticarea unor boli şi nu a unor bolnavi. Întrebarea : „cine este persoana pe care o diagnostichez"? nu interesează. Când sistemul a fost lansat, marii perdanți ai acestei atitudini au fost psihanaliştii. Sistemul DSM-III s-a elaborat explicit împotriva poziției dominante pe care psihanaliza o avea în psihiatria clinică din SUA. Dar, ignorarea biografiei şi contextului nu este întru totul productivă, motiv pentru care OMS-ul când a pregătit ICD-10 (publicat în 1992) a introdus o

axă specială pentru factorii contextuali şi biografici. Iar WPA dezvoltând recent sistemul de diagnostic IGDA, propune şi un comentariu ideografic suplimentar. În ultimii ani se asistă la o dezvoltare marcată a abordării narative a persoanei cu aplicații la psihopatologie. De fapt, perspectiva longitudinal biografică pe care o dezvoltă psihopatologia developmentală nu mai poate fi practic ignorată. Iar actualul proiect de revizuire DSM V incearcă să țină cont de ea.

Diagnosticul realizat prin DSM-III-IV se referă direct la individ şi numai la el, individ detaşat de ambianța sa umană. Nu intră în orbita diagnosticului aspectele interpersonale, relaționale sau sistemice aşa cum sunt ele abordate de exemplu de concepția familial sistemică. Tulburările psihice nu sunt interpretate ca rezultând din probleme de comunicare. Această opțiune creează dificultăți mai ales pentru psihopatologia developmentală şi cea privitoare la tulburările de personalitate. În ultimii ani staff-ul ce pregăteşte DSM-V are tot mai serios în vedere opțiunea diagnosticului de tulburare relațională, cel puțin pe una din axele de diagnostic.

Sistemul DSM-III-IV e marcat de pragmatism. El are ca scop să ajute practicianul pentru o bună practică şi cercetătorul pentru o corectă cercetare. De aceea cultivă claritatea, simplitatea, eficiența. În manual se sugerează şi algoritmi de gândire pentru soluționarea unor probleme de diagnostic. Se pretinde ca diagnosticul să fie pus cât mai rapid şi formularea sa să fie cât mai eficientă. Această atitudine nu promovează însă dialogul cu pacientul şi implicarea sa directă în diagnostic; ulterior şi în terapie. Fapt pe care-l susține diagnosticul bazat şi pe valori (Fulford), diagnosticul comprehensiv al IGDA (Mezzich) sau interpretarea tulburării psihice cu disrupție a conexiunilor semnificante (Bolton).

DSM-III-IV este tradiționalist, menționând marile categorii nosologice care s-au impus în ultimii 150 ani, chiar dacă definiția şi frecvența acestora variază în timp. Din acest motiv, dar şi din altele deja menționate, el lasă în plan secund metodologia diagnosticului dimensional. Dar şi pe cea a spectrelor maladive şi a subtipurilor.

Sistemul DSM-III-IV, deşi se declară cât mai ateoretic d.p.d.v. al al etiologiei, înclină clar balanța spre determinismul biologic, naturalist. Tulburările psihice sunt expresia unor forțe naturale şi nu divine sau „paranormale", magice sau sociale. Tendința este de a se căuta baza tulburărilor în disfuncțiile organic cerebrale. După publicarea DSM-III cercetările în această direcție s-au înmulțit exponențial, cu multe rezultate pozitive, cu aplicații în terapiile biologice. În DSM-III-IV problemele credinței religioase nu sunt menționate decât în perspectiva conținutului unor stări psihopatologice. Cine se limitează la acest manual poate considera toate manifestările legate de religie ca fapte psihopatologice. Nu există interes pentru credința şi devoțiunea adâncă, pentru angajarea în direcția transcendenței. Şi în mod similar nici pentru trăiri din aria moralei, ca responsabilitatea, generozitatea, dragostea. Toate aceste probleme, plasate în aria normalității, nu au legătură cu direcția de cercetări ştiințifice, ale existenței „naturale" – înțeleasă în primul rând ca biologică - a omului, care să poată prezenta interes pentru cercetarea psihopatologică. Pe de altă parte DSM-III-IV pune accent deosebit pe performanțele în roluri sociale, mai ales în cel profesional, exprimând ierarhia de valori într-o societate postindustrială, ce presupune o instrucție generalizată, o angajare în munca socialmente remunerată până la o vârstă înaintată şi recompensează succesul profesional, succesul în afirmarea publică. Ceea ce nu e în aceeaşi măsură valabil în toate culturile existente actualmente pe glob.

Sistemul DSM-III-IV exprimă valorile societății americane şi în alt sens, al modului de elaborare şi difuzare. În contextul democrației americane, elaborarea proiectului şi a revizuirilor este tot timpul transparentă şi publică, cu dreptul de intervenție a oricui, prin intermediul mass-mediei. Decizia finală o are desigur comitetul de experți, ales şi el democratic. Iar această decizie se ia prin vot public, decidenții argumentându-şi opțiunea. Decizia ca homosexualitatea să nu fie înscrisă printre categoriile nosologice psihiatrice s-a luat cu majoritate de voturi, în urma unei masive campanii publice, pentru care au făcut lobby multe persoane influente. Odată redactat şi publicat, manualul devine o proprietate a unei anumite instituții (A.P.A.), proprietate care se vinde, în diverse variante şi forme, aducând importante venituri proprietarilor (venituri deosebit de mari, după calculele existente şi publicate). Prin comparație, sistemul ICD-10 şi varianta ce se pregăteşte acum de către OMS, a 11-a, nu beneficiază decât de aportul experților şi de dezbaterile specialiştilor în cadrul unor reuniuni programate şi urmează să se distribuie gratuit lumii întregi. El trebuie să răspundă nevoilor de încadrare nosologică, diagnostic şi tratament a unor populații care nu au adoptat încă stilul de viață occidental american, au standarde de viață şi obiceiuri cu totul deosebite de cele din SUA, alte tradiții şi credințe. De exemplu în China, în India, în Africa unde diferă felul în care se constituie familia, se exercită munca socială, se derulează ritualurile transcendenței. Multe din rezultatele cercetării ştiințifice din institutele occidentale se vor aplica util peste tot în lume. Dar universul valoric nu poate fi ignorat în psihopatologie.

9.2. Constructivismul social şi tema tulburării psihice

Mişcarea antipsihiatrică a cărui simbol au fost lucrările lui Szasz şi la care comunitatea psihiatrică a reacționat prin publicarea DSM-III, a fost asociată cu o doctrină psihopatologică ce a fost numită a "constructivismului

social". O formulare simplă şi explicită a acestui model psihopatologic e dificilă. În principiu e vorba de accentul pus pe factorii socio-culturii în generarea şi "manipularea" nebuniei. Doctrina poate fi formulată în mai multe variante, de la formula "tare", extremă, care neagă poziția ontică antropologică a tulburării mintale până la variante relaxate.

Într-o variantă extremă, la un pol, s-a formulat ideea că boala mentală de fapt "nu există" ca atare, nu are realitate ontologică, nu are substrat real. Că ea este de fapt o "pseudorealitate" ce rezultă dintr-o construcție ideologică. Şi anume, în anumite împrejurări, o societate preocupată să aibă ordine peste tot şi să o țină sub control cetățenii – aşa cum ar fi fost societatea occidentală de la sfârşitul modernismului şi caricatura ei din statele totalitare – construieşte "mitul bolii mintale", din interesul de a monitoriza, de a ține sub control şi reprima un grup de persoane indezirabile, care se opun regimului şi controlului centralizării excesive. Aceştia sunt considerați "bolnavi psihici" care gândesc aberant şi cu care nu te poți înțelege. Ei sunt declarați "nebuni", stigmatizați, excluşi de la participarea socială prin recluziunea în lagăre de concentrare. Care, de la un anumit nivel şi moment se numesc Spitale de psihiatrie. Psihiatrii, ca agenți ai puterii, îi reduc la tăcere, prin tratamente. Ei şi argumentează acțiunea prin pseudoştiința psihiatriei, manifestându-se deci ca agenți ai puterii. Pe lângă tratamente, cei ce sunt astfel tratați sunt privați de libertate prin închiderea lor în Spitalele de psihiatrie care sunt similare închisorilor. Astfel, prin stigmatizare, îşi pierd ulterior autoritatea şi credibilitatea socială. Căci categorisirea ca nebun, înseamnă un om care nu mai este stăpân pe rațiunea sa.

Această formulare a antipsihiatriei exprimând o extremă, de fapt o caricatură a doctrinei constructivismului social nu poate fi desigur susținută

ca atare. Căci ea nu explică de ce grupul respectiv de persoane nu e pur şi simplu condamnat politic pentru opozitivitatea la regim sau redus la tăcere pe alte căi. Un răspuns parţial ar fi că prin etichetarea ca nebun se pot rezolva cazuri care sunt mai greu de administrat prin simple probe judiciare, că metoda e mai subtilă deoarece "nebunia" are o recunoaştere populară tradiţională de-a lungul istoriei, privitor la o realitate umană deficitară. Dificil e însă tocmai să se excludă "poziţia ontologică" a zonei umane în care există persoane cu deficit şi disfuncţie psihoantropologică. Deci, negarea nu atât a nebunilor efectivi – care sunt "inventaţi" de psihiatri – cât a instanţei de minus a nebuniei. O altă soluţie parţială a fost să se accepte că e vorba de diversitate umană dar nu de ceva identificabil prin conceptul de "boală", care să intre în regimul medical al tratamentului. Căci, pentru diversitate e suficientă puterea de toleranţă a societăţii. Dar psihiatrii tocmai acest lucru l-au încercat mereu, să trateze, atât cât se poate, pe cei pe care-i etichetează "bolnavii mentali". Un alt mic compromis pe care antipsihiatria l-a putut accepta a fost acela de a admite că e vorba de oameni "particulari", "excentrici", eventual mai "sensibili" şi mai "vulnerabili". Şi care, odată intraţi în angrenajul alienant al instituţiilor psihiatrice, al etichetării şi tratamentului, ajung în mod secundar la stări psihopatologice notabile, care sunt un rezultat al manipulării lor de către psihiatrie. Această formulare a putut fi acceptată în suficientă măsură şi de psihiatria de după DSM-III. Ea este de fapt consonantă cu principiile societăţilor democrate şi cu însăşi deschiderea psihopatologică spre comprehensiunea interumană şi sprijin psihoterapeutic. Faptul dacă această zonă populaţională fragilă psihic să fie etichetată cu aceaşi expresie de "tulburare mintală" ca şi principale categorii din sistemul DSM-III-IV, rămân şi azi o problemă deschisă (Bolton).

Constructivismul social, ca doctrină şi model psihopatologic, are însă şi alte variante, mai puțin radicale, care acceptă existența reală a tulburării mintale, că o instanța antropologică de minus a "nebuniei", ca o constantă umană. Problemele care se ridică sunt atât de condiționare cât şi de lectură. Astfel :

- În diverse conjuncturi socio-istorice există diverse tabele oficiale, reprezentări, descrieri, denumiri a ceea ce ar corespunde "tulburărilor mintale" ale oamenilor, în accepția culturii respective şi a specialiştilor lor în domeniu
- Aceleaşi tulburări, din diverse cauze sociale au o frecvență şi o importanță socială diferită în diverse socio-culturi istorice.
- Felul în care factorii socio culturali intervin în condiționarea tulburărilor mintale este diferit în diverse locuri şi timpuri.

În toate eventualitățile menționate, problema stigmei pe care o induce etichetarea ca bolnav mintal, rămâne o reală problemă de distanțare socială.

Intervenția factorilor socio-culturali în condiționarea, evidențierea, lectura, interpretarea tulburărilor mintale e important să fie scoase la lumină şi evidențiată tocmai în cadrul unei dezbateri privitoare la întrebarea : "ce e tulburarea mentală?" Desigur, aceasta se defineşte la nivelul individului, a persoanei umane. Dar individul exprimă nu doar biologia ce e încorporată în trupul său, în creerul său. Ci şi umanitatea ce l-a format în cursul ontogenezei, lumea socio-culturală pe care a asimilat-o şi a încorporat-o în cursul acestei ontogeneze prin faptul că a interacționat cu alte persoane conştiente impregnate de această cultură şi cu instituțiile acesteia.

Existența unor diverse liste de boli psihice vehiculate de specialişti de-a lungul istoriei, e un fapt ce ține de istoria ştiințelor, de cunoştințe şi tradiție. Foarte puțini termeni s-au păstrat din vremea culturii greco-romane

clasice, cum ar fi cei din histerie, melancolie, manie. Majoritatea termenilor-concepte din sec.XIX nu au mai funcţionat în sec.XX. Conceptul de "delir" s-a menţinut, cu actuala distincţie anglo-saxonă dintre "delirium" şi "delusion". Termenul de psihoză – în tradiţia sec.XIX dar nu a XVIII-lea - s-a menţinut şi el dar actualul său înţeles e insuficient de clar. Termenul de nevroză, care a avut multe înţelesuri de-a lungul veacurilor şi deceniilor, tinde să fie puţin folosit în prezent. În sec.XX a apărut conceptul clinic de "schizofrenie" care are o acoperire noţională relativ circumscrisă dar nu lipsită de dezbateri privitoare la aspectele psihopatologice care o definesc cel mai bine. Şi la fel, specialiştii se întreabă dacă înainte de sec.XX a lipsit doar conceptul acestei boli sau o bună parte din manifestările sale nu erau pregnante. Autismul este un termen nou pe care l-a introdus Bleuler în 1911 pentru a caracteriza un mod "detaşat" de raportare la lume a schizofrenului. Conceptul a fost dezvoltat fenomenologic de către Minkowski. Dar în ultima perioadă a fost utilizat puţin în caracterizarea acestei boli. În schimb în jurul autismului infantil descris de Kanner în 1945 s-a dezvoltat ideea unui "spectru autist". Autismul Kanner are în mare măsură o condiţionare genetică şi neurodevelopmentală; deci nu se pune problema ca socio-cultura occidentală să îi fi favorizat apariţia. Pur şi simplu el nu a fost diferenţiat ca entitate nosologică din grupul mare al tulburărilor cognitive de dezvoltare.

Instructivă este istoria psihiatrică a histeriei. În tratatele hipocratice ea e descrisă destul de exact prin manifestările sale somatice hiperexpresive – inclusiv leşin – şi e explicată în conformitate cu concepţiaumoralistă a doctrinei prin lichefierea şi migrarea în corp a uterului nesatisfăcut al tinerelor fete. Se recomandă şi o metodă terapeutică de alungare a sa din cap – unde ajunge după ce trece prin stomac, inimă, plămâni, gât - prin mirosirea de camfor şi atragerea sa în zona genitală prin "substanţe bine mirositoare".

Histeria a rămas apoi peste 2000 ani o boală considerată ca specifică femeilor, ajugându-se să se practice şi histerectomie terapeutică. La cumpăna dintre sec.XIX şi XX în vremea în care ajunsese la modă, mai ales în Franța "magnetismul animal" şi hipnoza, histeria a fost, cum se spune "cultivată" la Salpetriere de către Charcot. Oricum, era o boală foarte importantă a psihiatriei. Iar psihopatologia ce se năştea, prin Janet şi Freud i-au acordat o mare importanță în studiile şi doctrinele lor, care explicau manifestările psihopatologice prin intervenția inconştientului. Apoi, în primul Război Mondial pe prim plan au trecut "nevrozele de război" despre care se considera că au o anumită legătură cu histeria. Dar în al doilea Război Mondial britanicii au constatat că persoane care acasă, în coloniile din Africa, făceau crize histerice majore, în condiții cazone prezentau tulburări psihosomatice ca hipertensiunea arterială sau ulcerul duodenal. Ideea de "conversie psihogenă somatică" s-a păstrat, dar cu alt înțeles. Apoi, pe măsura industrializării lumii a 3-a, manifestările franc isterice s-au redus tot mai mult şi cele psihosomatice s-a intensificat. La începutul sec.XXI în majoritatea serviciilor psihiatrice din lume – mai ales în zona euroatlantică – tulburările conversive histerice au ajuns să fie rare. Fenomenul a beneficiat de mai multe interpretări între care : - creşterea nivelului de cultură şi educație bazat pe scris care a modificat stilul predominant corporal-expresiv de comunicare; neoraționalismul dominant în lumea actuală care a defavorizat psihopatologia ce se baza pe mecanisme inconştiente; - schimbarea de opțiune în domeniul valorizării sociale: stârnirea milei şi compătimirii imediate, în situație, nu mai e funcțională în lumea actuală. În acest sens se consideră că în prezent unele stări depresive au la bază mecanisme de tip isteric, deoarece sunt în prezent valorizate social. Cât priveşte ecloziunea histeriei în Franța sfârşitului de secol XIX există şi o

interpretare privitoare la rolul jucat de începutul mişcării feministe şi a momentului istoric, de schimbare a statutului social al femeii.

Comentariile de mai sus s-au făcut cu presupoziția că tulburarea mentală „există", că locul ei antropologic e asigurat şi recunoscut; dar că socio-cultura joacă un rol important în aducerea la lumină, în prim plan, a unora din tulburări, la modularea felului lor de manifestare, în modul de lectură socială şi profesională, de interpretare. Boala psihică nu e deci „inventată" de instituțiile psihiatrice. Acestea reprezintă o instituție socială validă, psihopatologia este o ştiință inclusă în practica socială medico-psihiatrică, ce progresează şi ea la fel ca toate ştiințele. Ea are un obiect real, ca domeniu, ca zonă de abordare. Ceea ce se manifestă în această zonă poate să varieze în timp, la fel cum variază şi ştiința care o lecturează şi o interpretează. Variația modurilor de maifestare psihopatologică nu se petrece însă într-un arbitrariu total.

Cele menționate mai sus pot fi multiplu exemplificate. Mai adăugăm un caz, cel al neurasteniei. Acesta a fost descrisă în sec.XIX în Anglia şi apoi în SUA de către Beard şi interpretată ca având la bază epuizarea neuronilor din creer, datorită hipersolicitării prin muncă a oamenilor din societățile aflate în plin avânt, în fața revoluției industriale. Pentru psihopatologie interpretarea era puțin prea organicistă, făcând apel la epuizarea neuronilor. De aceea, unul din fondatorii psihopatologiei, Janet s-a opus conceptului şi a inventat un altul pe care l-a numit „psihastenie", punând accentul pe psihism, pe patologia ce rezultă din scăderea „tensiunii" de sinteză a acestuia. Conceptul lui Janet nu a rezistat mult în sec.XX. După 1950 în atmosfera ştiințifică din URSS unde era cultivat materialismul dialectic, la baza tulburărilor psihice se considera a sta perturbarea „activității nervoase superioare corticale", aşa cum o descrisese Pavlov odată

cu „nevrozele experimintale” realizate pe câine, conceptul de neurastenie reapare. Mai ales că argumentul lui Beard funcționa şi el, URSS era în plin avânt de industrializare şi de construire a unui viitor de aur. Odată ce România a intrat în orbita Imperiului Sovietic postbelic, neurastenia a devenit şi aici principala nevroză oficială, consfințită printr-o lucrare publicată de Institutul Național de Neurologie sub conducerea academicianului Kreindler. Toate statisticile Ministerului Sănătății din anii '60, '70 înregistrează faptul că 90% din persoanele ce sufereau de nevroză aveau diagnosticul de neurastenie, eventual cu „elemente” anxioase, depresive, fobice, obsesive etc. Ciudat, în această atmosferă ştiințifică se reactivase şi „psihastenia” lui Janet, are împreună cu clasica histerie, formau acum o triadă nevrotică. După 1980 şi mai ales după 1990, neurastenia a dispărut atât din România cât şi din URSS nu numai datorită faptului că a dispărut această entitate politică. Ceea ce nu înseamnă că „astenia” ca trăire psihopatologică nu există şi ea nu este conceptualizabilă şi patologia respectivă nu poate fi contabilizată epidemiologic. Între timp a apărut conceptul de „reacție de epuizare” („burnout”) care împreună cu reacția de stress posttraumatic şi cea de doliu sunt considerate de nosologia actuală ca principalele stări reactive comprehensive (în vechiul sens al lui Jaspers). Reacția astenică de epuizare rezultă dintr-un consum energetic exagerat, într-un timp scurt şi fără satisfacții suficiente. Iar astenia, ca sindrom distinct de anxietate sau depresie se întâlneşte alături de cenestopatii în unele forme de schizofrenie în care există un deficit al funcțiilor executive, concomitent cu perturbarea coerenței centrale.

Perspectiva şi problematica transculturală a psihopatologiei a fost menționată în capitolul introductiv cu trimitere la fobie, homosexualitate şi sinucidere indirectă. Impreună cu cele comentate în capitolul de față pe

marginea ideilor vehiculate de „constructivismul social" întrebarea : „ce este tulburarea mentală are în față câteva probleme majore" :

- Se acceptă sau nu o instanță de minus antropologic a tulburării psihice? Nu e vorba de simpla diversitate şi alteritate, idei avansate de unele variante ale antipsihiatriei. De asemenea, dacă e comentat un plus de sensibilitate sau vulnerabilitate suplimentară, acestea nu au sens decât dacă se plasează într-o anumită direcție, care e cea a minusului antropologic. Acest pol al „minusului nebuniei" poate fi comparat pe de o parte cu complexitatea vieții de zi cu zi, iar pe de altă parte cu plusvaloarea oamenilor deosebit de talentați şi creatori. Înțelegerea omului trebuie să fie nuanțată şi dinamică, diverse fațete ale existenței sale pot coexista sau se pot succede. Dar nici varietatea nici extremele nu se cer anulate în numele unei pseudodemocrații retorice.

- Zona de minus valoric a nebuniei se exprimă variat de-a lungul istoriei societăților umane, fiind influențată de particularități culturale, atât în modul de manifestare cât şi parțial, în condiționarea apariției sa în prim plan şi lectura făcută de psihologia populară sau de instituțiile abilitate şi competente. Creşterea cunoaşterii şi metamorfoza vieții sociale schimbă tabloul expresiv şi lecturabil al psihopatologiei clinice dar nu o desființează. Chiar dacă diavolii nu mai cauzează nebunia, instanța psihopatologică a antroposului nu dispare prin aceasta. Ea continuă să existe în mijlocul vieții lumii oamenilor.

9.3. Soluția biostatistică a lui Boorse

În perioada următoare provocării antipsihiatrice când se dezbăteau principiile DSM-III, a fost propusă o soluție care, în cadrul dilemei sugerate de Kendell, opta pentru varianta "ştiințifică, liberă de valori" a domeniului esențial al psihopatologiei clinice, bazată pe o concepție biostatistică.

Cristophore Boorse (1975), propunea să se acorde atenție distincției semantice care se face în engleză între maladie (=”disease”) şi boală (=”illness”). Prima s-ar referi la o perturbare obiectivă a funcționării normale a speciei, detectabilă ştiințific ca îndepărtându-se de media statistică. Boala ”illness” – ar fi o subclasă a maladiei care ajunge să fie suficient de incapacitantă încât să inducă stări resimțite ca dăunătoare („harmful”) astfel încât să se facă apel la ajutor medical, implicându-se aspecte socio-valorice. Tulburarea naturală ce stă la baza maladiei e detectabilă prin devierea statistică de la normă, fapt valabil şi pentru bolile mintale.

Poziția lui Boorse e mereu citată ca exemplară pentru felul în care problema s-a pus în epocă. Trimiterea la devierea statistică de la normă e însă prea vagă. În general în medicină, unele boli endemice sau unele defecte sunt statistic dominante în anumite circumstanțe, fără a putea reprezenta sănătatea. Problema esențială, mai ales în cazul psihopatologiei, este alegerea grupului de referință, care se cere determinat ca vârstă, sex, mediu cultural, perioada istorică. În principiu, referință ar fi la „specia umană în general”, ceea ce realmente are în vedere, până la un punct şi dintr-o anumită perspectivă psihopatologia evoluționistă. Dar, această abordare nu are pretenția de obiectivitate biostatistică. Tema mediei statistice ca normalitate aduce însă în discuție o mai veche şi importantă idee, care a funcționat şi pentru psihopatologie, cea a normei ideale. E vorba de un aspect socio-cultual care a fost şi este funcțional pretutindeni. În orice cultură e promovat un tip ideal de om, susținut pe diverse căi, nu totdeauna clar şi explicit. Ceva mai clar aceasta apare în conturul eroilor ideali ai miturilor, epopeilor, mai recent a romanelor, filmelor şi idolilor de televiziune. Pe căi indirecte acest om ideal al unei socioculturi se exprimă în legislație, norme de conduită, tradiții, percepte etice, reguli – scrise şi

nescrise – de promovare, argumente de selecţie socială pentru funcţii importante şi modele aspirative pentru tineri. Omul ideal e promovat de sistemele educative şi influenţează mentalitatea vieţii de zi cu zi. El e diferit în societatea americană actuală ce a promovat DSM-III – aşa cum analizează Sandler – de omul ideal din Viena vremii lui Freud sau din Germania contrareformei. „Specia om" nu se defineşte doar prin bagajul genetic purtat de gene ci şi prin normativitatea modelelor ideale, care fac ca omul Greciei antice să fi fost parţial diferit de europeanul din sec.XX, cel puţin în ceea ce priveşte atenţia acordată subiectivităţii. Această problemă, pe care viziunea biostatistică a obiectivităţii ştiinţifice a normei statistice o reactualizează dar nu o promovează operaţional, merită atenţie în continuare, în afara oricărui relativism cultural. Dimpotrivă, problema pe care o are de rezolvat psihopatologia clinică se referă la faptul că „nebunia" sau tulburarea mintală trebuie să aibe standardele ei de apariţie şi manifestare în perspectiva transculturală. Dar fără a face apel doar la o natură biologică generică şi abstractă, ignorând însăşi bazele naturii umane. În plus intră în joc şi nuanţele diferenţierii între normalitate şi anormalitate, sănătate şi boală sau tulburare mentală.

9.4. Doctrina evoluţionistă a lui Wackefield : disfuncţia dăunătoare

Dezbaterea temei : „ce e tulburarea mentală"? beneficiază în ultimul timp de înţelegerea evoluţionistă neodarwiniană a psihologiei şi psihopatologiei. Începând cu anii '90 în această direcţie a p.pt.e., în ceea ce priveşte circumscrierea şi diagnosticul tulburării mintale, s-a impus Wackefield, ce a lansat doctrina "disfuncţiei dăunătoare" – "Harmful disfunction" – H.D. Aceasta susţine că psihopatologia clinică se cere circumscrisă pe baza a două realităţi complementare şi interpătrunse,

intercondiționate :- “Disfuncția”, care se referă la perturbarea, la nefuncționarea corespunzătoare în individ a unor mecanisme psihologice funcționale care s-au sedimentat în urma selecției naturale ca fiind adaptative. Datorită anumitor cauze, la unii indivizi şi în anumite împrejurări, aceste mecanisme nu mai funcționează aşa cum au fost ele programate şi reținute prin selecția naturală, nu mai corespund adecvat proiectului, “design”-ului lor adaptativ. Al doilea aspect, cel “nociv”, dăunător (“harmful”) reprezintă consecința acestei disfuncții biopsihologice la nivelul integrării şi funcționăarii socio-culturale a individului, fapt ce perturbă exercitarea rolurilor, performanțele, izolează individul şi îl fac să sufere excesiv, îl expun la riscuri exagerate. Disfuncția, aflată la polul individului, e considerată de Wakefield ca o tulburare obiectivă, măsurabilă ştiințific, ca un aspect biomedical natural, în sensul comentariului lui Kendell. Aspectul dăunător e corelat mai mult cu parametrii socio-culturali, cu valorile promovate de oameni care determină ca o disfuncție să fie sau nu consdierată nocivă în anumite contexte. Exemple invocate sunt albinismul, care deşi deviază de la proiectul selecționat evoluționist nu apare ca o problemă de integrare socială; sau incapacitatea de a învăța scris-cititul din motive organice, într-o societate nealfabetizată.

Din multe puncte de vedere circumscrierea lui Wakefield e concordantă cu cea din DSM-III-IV. Ea pretinde o tulburare obiectivă ce se află în individ şi nu acceptă ca tulburare doar conflictul dintre individ şi societate sau intoleranța socială față de convingerile personale. Doctrina HD e mai sensibilă şi mai explicită decât concepția DSM-III-IV în a nu accepta ca tulburări simplele devianțe sociale sau “problemele de viață”, aşa cum ar fi : lipsa de educație şi cultură, analfabetismul, proastele maniere, încălcarea convențiilor sociale, vagabondajul, criminalitatea (corelată sărăciei şi

disfuncţiilor organizării sociale), neconformarea socială care are la bază înalte principii morale sau adânci şi argumentate convingeri religioase, filosofice, politice etc. Spre deosebire de DSM-III-IV, doctrina HD e sensibilă la context. Însă principala deosebire este una de fond, doctrinară. HD susţine că, pentru a afirma şi diagnostica o tulburare psihică, trebuie să existe o funcţie adaptativă normală şi selecţionată în acest sens de evoluţie, sindromul psihopatologic exprimând disfuncţia acesteia. De aceea Wakefield şi cei ce îl urmează sunt explicit şi vehement împotriva circumscrierii tulburării mintale pe baza unui "sindrom clinic semnificativ", unde sindromul se referă la o listă de simptome iar aspectul semnificativ la numărul intensitatea şi durata acestor simptome, care induc suferinţă, scăderea funcţionării sociale şi riscuri crescute. Sindromul ce constă într-o listă de simptome nu spune nimic – susţine argumentat Wakefield - poate fi modificat arbitrar prin votul experţilor, în urma unor propuneri insuficient fondate, înmulţind numărul entităţilor nosologice. De fapt cruciada lui Wakefield e îndreptată împotriva cazurilor fals pozitive, care rezultă sau pot rezulta din aplicarea mecanică a listelor de simptome din DSM-III-IV. Si împotriva introducerii de noi entităţi nosologice "oficiale", doar pe baza impresiilor şi observaţiilor clinic obiectivante fără o fundamentare evoluţionistă.

Ideea sindromului clinic semnificativ rezultă din tradiţia psihiatriei observaţionale din azilele sec.XIX-XX, în contextul doctrinar în care simptomele erau considerate că expresia leziunii unui organ, în speţă creerul. Această viziune biomedicală localizaţionistă, oricât de "ştiinţifică" ar fi ea, trebuie să facă loc – susţine Wakefield - înţelegerii dinamice, funcţionalist evolutive, pe care p.pd.e. o exprimă.

Comentariile pe marginea doctrinei HD au relevat părțile sale pozitive dar şi unele lacune şi aspecte slabe, cel puțin în varianta susținută de Wackefield. S-a apreciat că perspectiva evoluționistă a psihopatologiei adaugă multe aspecte importante la validitatea tulburărilor psihice dar nu şi la reproductibilitatea diagnosticelor ("reliability"). Exemplele pe care le dă Wackefield sunt importante, dar obiecția sa principală, aceea a creşterii cazurilor fals pozitive apare ca reprezentând un pericol doar în cazul unor clinicieni ce nu judecă matur şi sintetic ci mecanic. De fapt – lucru important – exemplele lui Wackefield se referă în mare parte la stări reactive, fapt ce atacă un punct realmente sensibil al sistemului DSM-III-IV şi anume decontextualizarea de principiu a diagnosticului psihiatric. Asfel, sunt aduse în discuție : - anxietatea de separare a copilului mic, care e un fenomen adaptativ normal, anormalitatea în patologie începând doar de la o limită de intensitate, care e greu de precizat mecanic; - sindromul ADHD; - tulburările de conduită ale copilului şi tânărului; - comportamentul opoziționist în familiile în care copilul este maltrat; - alcoolismul şi toxicomania la tineri; - tulburările de adaptare; - reacția acută la stress; - depresia după pierderi majore. Privitor la depresie Wackefield a scris (în colaborare) o carte recentă în care susține, încă din titlu, cum psihiatrii transformă oamenii normali în bolnavi psihici. Argumentarea se bazează pe faptul că aplicarea mecanică a criteriilor oficiale, de exemplu a duratei de maximum 2 luni la depresia de doliu, într-adevăr duce la creşterea numărului celor astfel etichetați. Mai ales că aceste criterii oficiale nu au în vedere alte tipuri de pierderi, care în mod natural şi adaptativ conduc la unele stări reactive depresive pe care acum psihiatrii le etichetează ca depresie majoră. Această inflație de cazuri fals pozitive care se petrece nu doar în domeniul depresiei, are consecințe sociale ample, de la consumul crescut de medicamente şi servicii de

sănătate, la exactitate în domeniul cercetării şi învățământului. Dar Wackefield nu analizează suficient faptul cum omul contemporan intră în coaliție cu această tendință de hiperdiagnosticare a depresiei, atât prin forma depresivă pe care o iau unele stări conversive – fapt abordat de unii psihopatologi evoluționişti – cât şi prin medicalizarea de ansamblu a vieții sociale, mentalitate prin care e minimalizat efortul stoic de a suporta suferința. În consecință, analizele de tip HD au sens, dar ele ar trebui dezvoltate într-o perspectivă lărgita a unui evoluționism care să cuprindă şi dimensiunea socio-culturală a omului

Concepția HD a lui Wackefield i s-au mai adus şi i se mai pot aduce şi alte critici. O obiecție a psihopatologilor clinicieni este că doctrina HD nu ajută, practic, diverse zone ale cercetării, de exemplu cea epidemiologică, care e mai bine servită de proiectul "sindromului clinic semnificativ". La fel, ea nu are încă aplicații în domeniul studierii cazurilor subclinice, a fazelor prodromale, a stărilor defective şi mai ales a vulnerabilității. O altă obiecție, ce poate veni din însăşi perspectiva p.pt.e., este că Wackefield nu invocă "moduli" psihologi adaptativi, ci "funcții" psihice precum emoția, gândirea, atenția, memoria, comportamentul. Gândirea modulară este esențială pentru p.pt.e. existând chiar aspirația de a se identifica o structură universală de moduli adaptativi valabilă pentru întreaga specie umană, Procesul este deocamdată blocat la nivelul p.pt.e. deoarece nu e dezvoltată şi integrată suficient zona specific umană a psihismului persoanei conştiente.

În perspectiva p.pt.d. anxietatea generalizată poate fi derivată din mecanismul sau "modulul" adaptativ al alertei individului ce ajunge într-o situație nouă, cu informații neclare despre fenomene posibil periculoase. Dacă acest modul al alertei se manifestă decontextualizat, intens şi persistent, făcând ca individul să nu mai poată fi atent la alte aspecte ale

ambianței şi la alte proiecte, el ajunge disfuncțional, dezadaptativ, patologic şi apare ca "sindrom al anxietății generalizate". Dar "modulul alertei" – care cuprinde manifestări cognitive, emotive, comportamentale, corporal disvegetozice – este un instrument, un "mecanism" selectat prin evoluție pe care individul îl are în permanență la dispoziție pentru a reacționa adaptativ. În plus, la om condițiile anxiogene sunt mult mai variate decât la lumea animală. Situația de noutate se poate manifesta în raport cu "universuri umane" speciale, în care el se poate rătăci. Anxietatea omului poate fi condiționată la un moment dat de pierderea sensului existențial sau de frica lui Dumnezeu, ceea ce nu e cazul la animale. Oricum, dacă se instalează o stare de anxietate generalizată patologică la om, subiectul şi cei din jur pot să nu înțeleagă din primul moment de ce aceasta apare, care îi este justificarea. Odată ce apare un sindrom psihopatologic, la animal şi la om, un modul adaptativ se manifestă excesiv, decontextualizat, dezadaptativ, nejustificat, fără o conexiune semnificativă suficientă cu rostul pentru care el ar fi trebuit să se manifeste. Asupra acestui aspect a atras atenția recent Bolton.

9.5.Perturbarea conexiunilor semnificante : Bolton

Bolton atrage atenția că în normalitate omul – până la un punct la fel ca animalul dar într-o modalitate mai specială şi mai complexă – se relaționează la lume cunoscând-o, encodând în creier semnificații pe care le utilizează în acțiunile sale cu sens. Viața normală a oamenilor se desfăşoară după luniile de forță ale unor conexiuni semnificative, care fac ca acțiunile individului să aibă un sens pe care alții îl înțeleg şi la care reacționează adecvat. Semnificațiile "encodate" în creier au valențe cauzale, comprehensibile, fapt ce susține firescul vieții de zi cu zi. Psihopatologia

începe acolo unde aceste conexiuni se perturbă, unde semnificațiile uzuale nu mai funcționează ca atare. La baza stărilor psihopatologice ar sta, în perspective cognitivistă, o "disrupție a conexiunilor semnificative" ("breakdown of meaningful conections", "disruption of the meaning"). Această înțelegere a determinismului are desigur în vedere dimensionarea existenței umane prin limbaj, semnificații, norme, valori. Dar ea nu e străină de ideea cultivată de p.pt.e. şi p.pt.c a modularității. Doar că "moduli psihici adaptativi" – m.p.a. – sunt considerați acum în specificul lor antropologic. Bolton nu se exprimă explicit astfel dar pledoaria sa e în acest sens. Mai precis, el încearcă o rearticulare cu universul ştiințelor specific umane pentru care a pledat la timpul său şi Jaspers, care a susținut ideea "reacțiilor comprehensive".

La acest nivel de problematizare, cognitivismul psihologic şi psihopatologic actual se poate corela cu proiectele p.pt.e. şi p.pt.d., incluzând tema m.p.a., ce funcționează într-o lume specific umană.

Comentariul lui Bolton deschide perspectiva concepției evoluționiste spre specificitatea lumii umane. Dar problematica psihopatologiei nu devine mai simplă, ci dimpotrivă. Un modul psihic adaptativ, structurat şi putându-se afirma în specificitatea sa antropologică nu se manifestă în psihopatologie doar excesiv, decontextualizat, neadaptativ şi perturbând conexiunile semnificante, ci exprimând şi o modalitate deficitară, de minus, a existenței persoanei. Acest deficit, acest minus – chiar considerat în sensul tradițional a lui Jackson şi Ey – se cere analizat la rândul său, prin formele sale de instituire şi manifestare : de nedezvoltare, de deteriorare, involuție, blocare, inhibiție excesivă, disoluție, regresie, dezorganizare, desimplicare etc. Şi apoi, continuă întrebări ca : - acest deficit ce zonă a ființei individului vizează? în ce incidență? ce presupune el în mod secundar? care este reacția

persoanei şi a ambianței? Multiplele întrebări ce stau în fața psihopatologiei clinice au însă un ghid destul de coerent în ideea că, principalele stări – recte sindroame – psihopatologice se corelează cu disfuncția unor structuri modulare adaptative antropologice normale.

9.6. Orientarea psihopatologiei clinice în direcția disfuncției şi destructurării modulare a psihismului centrat de sine şi persoană

P.pt.e., în măsura în care promovează ideea modularității psihice organizată în jurul sinelui – idee promovată de pt.c. şi p.pt.d. - ne face să înțelegem cum mare parte din stările psihopatologice nu apar „ex-nuovo" ci exprimă o disfuncție, o desimplicare şi/sau o dezorganizare a unor structuri sau "organe funcționale" adaptative cu care persoana ajunge să fie dotată, ca o consecință a evoluției şi ontogenezei. Şi care, acum se manifestă în contextul unui deficit psihologic. Desigur, patologia poate consta în neapariția, neachiziționarea acestora, de exemplu a complexului modular semnalat de ToM în cazul autismului. Sau, din constituirea lor deformată, dintr-o fragilitate a modului de funcționare, pe care i susține doctrina vulnerabilității, dintr-o inserție deficitară a lor în ansamblul psihismului. Suntem încă departe de o înțelegere comprehensivă a structurării şi funcționarea psihismului conştient al persoanei umane. Dar psihopatologia, în calitatea sa de "experiment natural", ne poate sugera unele lucruri asupra acestei structuri.

În continuare se vor încerca câteva scurte analize şi comentarii în spiritul unei psihopatologii clinice care ține cont de actuala conjuncție a ideilor developmentale, evoluționiste, cognitiviste şi fenomenologice. Tema modulului psihoadaptativ rămâne în dezbatere.

Nu este dificil să ne imaginăm existența la om, în continuitatea modulelor adaptative selecționate în psihismul animal, a unui complex

modular, a unor m.p.a. orientați spre raportarea activă şi performantă la ambianță în contextul specific al lumii umane. Această raportare presupune desigur relația situațională concretă a subiectului, prezent prin corpul său biologic activ, cu o lume structurată spațial, ca spațiu al acțiunilor posibile. Şi care e populată şi de alte persoane, fiind marcată de artefacte şi simboluri. Şi la fel, raportarea activă presupune angrenarea bazală a subiectului în rezolvarea de probleme situaționale prin proiecte cu durate variabile. Dintr-un posibil complex modular al raportării active şi performante la ambianță, ar face parte cel puțin patru module:

- Un m.p.a. al investigării exploratorii a mediului. Atât animalul cât şi omul e preocupat să exploreze ambianța, să o cunoască, să o experimenteze. Aceasta este o tendință bazală, constantă; dar investigarea poate fi stimulată de informații noi, care stârnesc curiozitatea. Faptul bazal al explorării ambianței e evident la copil şi o bună relație de ataşament îl potențează. Explorând, individul trebuie să fie tot timpul pregătit pentru reacții prompte. Nu e dificil să ne imaginăm de asemenea cum o disfuncție a unui astfel de m.p.a. stă în spatele sd. ADHD. Manifestarea e acum decontextualizată, exagerată ca intensitate, fără suficiente articulații semnificative cu ambianța, dezorganizează comportamentul subiectului şi a celor din jur, e disfuncțională. Lista de simptome, grupată de obicei în trei clustere, e necesară pentru diagnostic. Pe lângă condiționările genetice, cele proximale pot fi şi ele multiple, de la leziuni cerebrale minime la tulburări ale relației afective cu îngrijitorii, sau la factori educativi specifici societății actuale, prea constrângătoare pentru spontaneitatea înnăscută de investigare a copilului, care a fost selecționată evolutiv adaptativ în perioada EEA. Dincolo de „sindromul clinic semnificativ" ce induce deteriorarea funcționării şi suferință, e adecvată şi interpretarea HD a lui Wackefield şi

cea a disrupției conexiunilor semnificante a lui Bolton. Pentru om, investigarea se desfăşoară desigur şi în alte planuri decât cel al lumii fizico-biologice, în direcția unor realități virtuale. Dar modelul bazal, care derivă din biologie şi se manifestă la copil, rămâne important pentru psihopatologie.

- Un m.p.a. al alertei în fața noului şi necunoscutului potențial periculos ar putea fi inclus în aceeaşi clasă. Dacă apare un stimul surpriză sau dacă explorarea avansează în zone necunoscute, posibil periculoase, apare în mod firesc şi adaptativ o stare de alertă bio-psihică generală, care să permită o reacție rapidă în caz de pericol sau de apariție a unei şanse deosebite. Vigilitatea creşte, organele senzoriale si sistemele motorii de acțiune ajung la un nivel crescut de funcționare, creşte metabolismul, fapt însoțit de hiperpnee şi tahicardie, privirea şi auzul sunt în stare de receptanță şi investigare maximă. Tonusul muscular crescut poate conduce la nelinişte psihomotorie iar alerta endocrină şi vegetativă se poate manifesta prin simptome corporale variate. Această stare de alertă instalată decontextualizat, manifestându-se intens şi prelungit în afara unor conexiuni semificative, se poate exprima ca sindrom de anxietate generalizată. Reacția față de informații paroxistice cu semnificație de pericol induc criza de spaimă. Dacă criza apare decontextualizat suntem în fața unui atac de panică, care nu mai are acum nici o funcție adaptativă ci deteriorează evident funcționarea individului.

Alerta anxioasă pune subiectul – sinele – în cumpănă, îl pregăteşte pentru o eventuală soluție a retragerii, a evitării riscului şi pericolului. Atitudinea anxioasă se poate extinde mult dincolo de aspectul situațional al alertei, implicând imaginarul, îngrijorarea față de posibilitatea apariției unor eventualități nefavorabile pentru subiect şi pentru cei ce îi sunt aporpiați,

posibilitatea întâlnirii cu situații fobogene. Comportamentul fobic de evitare e mai complex decât reacția situațională de alertă implicând memoria, anticiparea, schema comportamentelor de evitare. Adică, instanța metareprezentațională a psihismului şi sinelui. Schema biologică a evitării fobice se regăseşte la om în structura sa bazală, inclusiv în ceea ce priveşte agorafobia. Dar ea capătă acum un specific uman.

- M.p.a. al asertării şi combativității agresive asigură individului succes în lupta cu adversarii sau în obținerea obiectivelor dezirabile. Modelul biologic al acesteia e mult complexificat la om dar referința se poate păstra. Şi acesta se poate manifesta decontextualizat şi dezadaptativ în cadrul agresivității confuzive clastice. Atitudinea asertivă şi combativă se poarte extinde şi ea transsituațional, în planul unor strategii dezvoltate la nivel metareprezentațional.

- M.p.a. al dezinhibiției şi sociabilității gregare (s.g.), ultimul pe care-l menționăm în cadrul acestui complex modular, intră în joc când e utilă adaptativ o sociabilitate crescută lipsită de inhibiții de orice fel. Comentariul se poate axa pe dezinhibiția sexuală, comportament util „curtării", apropierii dintre parteneri de sex opus şi acuplării. În biologie, comportamentul se manifestă în sens adaptativ în perioadele de rut, fapt ce presupune periodicitatea. Există însă şi varianta comportamentului asertiv energic, lipsit de inhibiții sociale, care minimalizează riscurile şi se aventurează dezlănțuit spre realizarea obiectivelor. Sau varianta bunei dispoziții euforice ce apare cu ocazia succeselor şi veştilor bune şi care precipită spre sărbătorirea colectivă. La om, toate acestea confluează în starea psihopatologică hipomaniacală. O mențiune specială merită sociabilitatea gregară, dezinhibată, în care subiectul se manifestă vesel şi glumeț, cu

ignorarea ierarhiilor sociale şi a reticenței, din timpul sărbătorilor carnavelești.

Sărbătorile, care la om au o funcție adaptativă deoarece susțin coeziunea socială, au două faze : prima e marcată de seriozitate ritualică hiperordonată, cu manifestări ceremonioase ce sugerează TOC, perioadă în care e invocată şi vizată transcendența. A doua, opusă, este cea a desinhibiției sociale gregare, cu destructurarea ierarhiilor sociale şi accentuarea coeziunii grupale bazale, aşa cum se petrece la carnavaluri. M.p.a. al s.g. poate susține bine această fază, prin sociabilitatea lipsită de reticențe, marcată de îndrăzneală, contaminare afectivă pozitivă, motiv pentru care aceste comportament a fost selectat şi cultivat ca atare de oamenii de pretutindeni, până în zilele noastre. De reținut că sărbătorile se desfăşoară periodic, la fel ca şi rutul.

Acutizarea prezentului e comună întregii clase de m.p.a. orientată spre abordarea activă a ambianței, menționat mai sus. În cazul poziționării atitudinale combativ beligerante, subiectul e concentrat pe rezolvarea imediată a problemei concrete litigioase, de care poate depinde însăşi existența sa. În cadrul anxietății, prezentul, trăit acum cu intensitate, e marcat de un viitor imediat problematic şi periculos, deschis spre posibilele rele. În cazul explorării investigatorii predomină curiozitatea, ca direcție de închegare eventuală a actualității într-un proiect. În starea de sociabilitate gregară dezinhibată şi euforică, subiectul trăieşte intens şi hedonic prezentul privind viitorul cu optimismul superficial al tuturor posibilităților realizabile. Toate variantele menționate se cer referite însă la o situație standard. Şi anume la procesul acțiunii actuale eficiente, a activității pozitive reale, care împlineşte de fapt „prezentul” trăit. Şi care se eşalonează ierarhic, prin proiecte de diverse amplori, în care subiectul se simte angajat. Dacă nu ne

cantonăm la nivelul celor patru situații menționate, a celor patru m.p.a. care acutizează prezentul trăit, atunci s-ar cere avută în vedere perspectiva mai largă a comportamentelor şi raportărilor interpersonale deliberate şi elaborate de persoana care urmăreşte comportamente şi acțiuni eficiente, ce se realizează prin proiecte guvernate de norme. Proiecte prin care se rezolvă situații problematice care preocupă un timp subiectul.

Omul a dezvoltat cu totul specific – în raport cu psihologia animală – o structură a funcțiilor executive, care implică motivația, deliberarea, decizia, argumentarea, planificarea, execuția, controlul, persistența şi realizarea finală. Şi la fel, o structură complexă a relaționărilor interpersonale care pune în joc apropierea afectivă, comunicarea intersubiectivă, comprehensiunea, tatonarea apropierilor de altul, - parcurs pe care se manifestă suspiciunea - cooperarea, colaborarea în acțiune, ataşamentul, dragostea. Atât acțiunea cât şi relaționarea se inseră în situații, au ca punct de plecare o situație, se desfăşoară prin intermediul situațiilor. Mare parte din sindroamele psihopatologice standard exprimă disfuncția, aplatizarea şi dezorganizarea funcțiilor executive şi relaționale, aşa cum s-a comentat cu ocazia sindroamelor. Manifestările active ale oamenilor se desfăşoară uneori cu accent pe munca ce realizează „meşteşugăreşte" un produs finit, alteori cu accent pe realizarea unor relaționări interpersonale în cadrul unor afilieri şi colaborări sau a unor confruntări şi distanțări de altul. În ambele cazuri subiectul se află în centrul manifestării.

Apare sugestia luării în considerare a trei direcții sau zone de manifestare, comentariu, studiu, analiză a psihismului uman, care se evidențiază în diverse grupaje a sindroamelor psihopatologice. Acestea ar fi :

C A B

Zona activității productive Zona axială a Zona relaționării

a acțiunii voluntare	sinelui şi persoanei	interpersonal sociale

Desigur, în orice trăire, în orice manifestare, în orice rezolvare de situație problematică, sunt implicate toate aceste trei zone, incluzând lumea umană în care fiecare persoană există. Dar acțiunea voluntar productivă se desfăşoară într-o zonă relativ specifică, chiar dacă se realizează împreună cu alții; domeniu în care psihopatologia ne relevă, între altele, abulia şi manifestările obsesiv compulsive. Ei i se poate evidenția şi o structură formală bazală. La fel cum propensiunea spre alții orientată spre cunoaşterea acestora, spre apropiere, afiliere şi colaborare, se desfăşoară în altă direcție, în care psihopatologia relevă paranoidia. Pentru ambele direcții punctul de plecare şi elementul central rămâne zona axială a sinelui.

Revenind la comentariul privitor la participarea unor m.p.a. circumstanțiali la desfăşurarea vieții omului, manifestări similare cu cele patru modalități de raportare activă menționate, acestea pot fi întâlnite şi în alte direcții. De exemplu în acelaşi model ar putea intra atitudinile circumstanțiale privitoare la : - preocuparea față de sănătate în cazul apariției unor indicii de suferință corporală; - preocuparea față de aspectul corporal, expresivitate, performanță proprie în cadrul unei situații în care subiectul ştie că va fi în centrul atenției celorlalți; - retragerea pentru refacere, reculegere şi reorganizare în urma unor solicitări excesive a unor situații dificile şi după pierderi importante; - precauția în fața unei preocupări prea insistente a altora în raport cu propria persoană. Astfel de modele de trăire şi comportament au o bază în biologie dar se manifestă altfel în cazul omului, au o semnificație adaptativă. Ele au un punct de plecare situațional circumstanțial putându-se apoi instala ca preocupări de durată la nivel metareprezentațional. În plus, nu e vorba doar de o reacție față de

semnificația unei situații. Ci, de structuri funcționale adaptative ce au o coerență specifică şi care se pot actualiza în anumite împrejurări, durând atât cât e necesar. Şi care, în caz de deficit disfuncțional se pot manifesta prin sindroame psihopatologice. Privite astfel, sd.pt. nu constau doar din suma unor simptome cognitive, afective şi voliționale care statistic se întâlnesc împreună frecvent. Coerența în manifestare şi sensul adaptativ al manifestrilor menționate sugerează apropierea lor de ideea de modul psihic ce a fost lansată de psihologia developmentală şi de cognitivism şi adoptată de psihologia evoluționistă.

Un ghidaj pentru identificarea celor mai importanți m.p.a. situaționali ai omului poate fi realizat în mare măsură de însăşi semiologia psihopatologică, urmărită sub forma sindroamelor standard, aşa cum e mania, depresia, anxietatea generalizată, fobia, obsesionalitatea, tulburările somatoforme, sindromul senzitiv relațional etc. Dacă se pleacă de la ipoteza că principalele sd.pt.exprimă stări deficitar disfuncționale ale psihismului persoanei, atunci pe acest fir conductor se poate căuta şi înțelegerea modulară normal adaptativă a acestora. Care, devine disfuncțională prin decontextualizarea, exces, rigiditate, simplificare.

Perspectiva disfuncției unor moduli înțeleşi doar strict situațional nu epuizează psihopatologia. Situațiile trăite au limite largi, nereducându-se la un eveniment acut. Ele se pot corela cu probleme şi proiecte de mare amploare, care preocupă subiectul o perioadă mai lungă de timp. În plus, persoana, la un nivel metareprezentațional şi autonoetic, ia atitudine atât față de situație cât şi față de sine. La acest nivel se desfăşoară preocupări, griji, opinii, credințe în idei mai mult sau mai puțin raționale, care privesc felul în care problemele situației afectează subiectul. Acestea implică şi o evaluare de sine şi a celorlalți, a atitudinii de durată a celorlalți în raport cu subiectul.

Iar aceste evaluări sunt formulabile tematic, discursiv. În psihopatologie la acest nivel se plasează delirul. Preocuparea o perioadă de timp față de o temă, o idee, poate avea şi ea o funcție adaptativă. În plus o importantă parte a psihopatologiei exprimă în mod destul de direct deficitul disfuncțional şi chair dezorganizarea instanței axiale a sinelui.

Atunci când un individ e curios, investighează ambianța, se află în stare de alertă în fața unui eventual pericol sau se angrenează într-o acțiune cu scop, el se manifestă ca un subiect care declanşează nişte structuri psihice funcționale cu care a ajuns să fie dotați nişte m.p.a. care devin activi în împrejurări date, în care subiectul se implică şi cu care operează în acelaşi timp, ca şi cum ar folosi nişte instrumente. Un astfel de individ poate fi numit „agent" iar comportamentul său exprimă o „agenție". Termenul de agenție e destul de folosit în psihologia persoanei iar Bandura îl utilizează alternativ cu cel de sine (self). Conceptul de sine s-a impus odată cu cognitivismul actual – înlocuindu-l pe cel de eu conştient. Sinele este un concept complex pe care filosofia şi ştiința actuală l-a abordat din foarte multe perspective, articulându-l şi cu conceptul tradițional de persoană. Actualele cercetări în psihologie şi psihopatologie realizate de echipe vaste ce reunesc neurofiziologi, specialişti în inteligențe artificiale, etologi, sociologi, lingvişti, hermeneuți, filosofi ai mentalului şi fenomenologi, au ajuns la o viziune ierarhică şi modulară a sinelui care în prezent e comentată ca având următoarele instanțe :

- Protosinele sau sinele bazal, încorporat, ce se bazează pe funcții centroencefalice şi are multe elemente comune cu psihismul animalelor; protosinele se manifestă şi în subiectivitate, ca şi „corp trăit".
- Sinele nuclear, cel al sentimentului agenției proprii şi apartenenței la sine a trăirilor, a delimitării propriei minți de a altora. Sinele nuclear este agentul

procesului de „mentalizare”, de atribuire a unor stări mentale altor persoane şi sie-şi, în cadrul constantului şi esențialului proces de colaborare interpersonală.

- Sinele biografic, metareprezentațional, cel al identității de sine diacrone şi a reprezentării de sine în cadrul narațiunilor. Corelat cu acesta se mai comentează sinele autonoetic cu funcții de autoevaluare, autodeterminare, stimă de sine, ideal de sine. Acest nivel, care asigură sentimentul duratei, stă şi la baza narațiunilor biografice şi autobiografice.
- Instanța persoanei, care identifică şi reprezintă sinele în plan social, prin statute şi roluri, prin indici sociali de identificare. La nivelul persoanei funcționează conştiința morală şi creativitatea spirituală.

La toate nivelele menționate se realizează relaționări interpersonale şi intersubiective. Toate nivelele sinelui se bazează pe intenționalitate, pe ataşamentul subiectului la o lume corelativă în care se integrează şi în care se proiectează, prin permanente proiecte de acțiune ghidate de norme şi valori procese de sinteză integratoare.

Nivelele sinelui se formează şi se metamorfozează în ontogenie şi de-a lungul ciclurilor vieții. Ele pot fi concepute ca organizate concentric în jurul unui un ax central, în cadrul unei structuri a coerenței centrale care asigură o delimitare, un interior subiectiv şi un exterior identității subiectului. Toate instanțele sinelui şi persoanei sunt implicate în manifestările situaționale, inclusiv în cele ce pot fi comentate în perspectiva unor m.p.a.

*

* *

În continuare se va prezenta schematic o posibilă ordonare a acestei problematici în corelație cu sindroamele psihopatologice (sd.pt.):

a) Moduli psihici adaptativi ai raportărilor situaționale, ce expandează în plan metareprezentațional:

- Raportarea activă față de ambianțde prin explorare, sociabilitate gregară (cucerirea partenerului şi acuplare), combativitate beligerantă. Sd.pt. : ADHD, maniacal, iritabil şi al agresivității clastice;
- Alerta în fața necunoscutului posibil periculos, anticiparea eventualităților nefavorabile. Sd.pt. al anxietății generalizate, atac de panică, îngrijorare, fobie (agorafobie);
- Retragererea pentru protecție, refacere, reculegere, reorganizarea Sd.pt. depresiv;
- Grija pentru propriul corp, pentru sănătate, sd.pt. somatoform, conversiv;
- Preocuparea față de o apariție interpersonal socială favorabilă. Sd.pt. dismorfofobic, hiperexpresiv histrionic, anxietatea socială;
- Preocuparea față de interesul crescut a altora în raport cu sine în cadrul tentativelor de colaborare. Sd.pt. senzitiv relațional.

Toate manifestările situaționale ce expandează în plan metareprezentațional, implică sinele şi persoana; atât în direcția orientării predominante spre acțiune cât şi în cea a orientării predominente spre interrelaționare. Ataşamentul interpersonal se manifestă şi el în această instanță. Dar poate să o transgreseze, implicând profund identitatea persoanei.

b) Funcții integrative ale zonei axiale ale sinelui care asigură : coerența centrală, delimitarea între interior şi exterior, identitatea, intenționalitatea şi poziționarea atitudinală a sinelui, judecarea sa sintetică. Disfuncții deficitare ale acestor funcții integrative vizează perturbarea acestor funcții:

- Identitatea şi delimitarea psihocorporală resimțită. Sd.pt.al depersonalizării;

- Apartenența la sine a trăirilor la nivelul sinelui nuclear. Sd.pt.de transparență – influență, referință, halucinații comentative, alte distorsiuni perceptive şi halucinatorii;

- Identitatea biografică. Sd.pt. disociativ de conştiință, dubla personalitate, variatele identități pe care le afirmă delirul;

- Identitatea resimțită atitudinal, în raportarea bazală la alții, la lume, în spatele scenariilor sociologice. Sd.pt. delirant halucinator;

- Coerența centrală a identității sinelui, care asigură sinteza psihică în plan structural şi în planul manifestărilor circumstanțiale. Sd.pt. al dezorganizării;

- Intenționalitatea bazală a sinelui. Sd.pt. apatic amotivațional.

c) Funcții ale relaționării şi cooperării interpersonale. Acesta se plasează în continuitatea şi deasupra funcțiilor integratoare ale sinelui, la nivelul de manifestare socială curentă, prin strategii de relaționare ca : dominare, manipulare, evitare, suspiciune, supunere şi indiferență, ținere la distanță. Aceste manifestări „modular adaptative" se pot întâlni ca restricționată în varietatea şi elasticitatea lor de utilizare în cazul t.p.

Imaginea asupra structurii psihismului persoanei umane care ar rezulta dintr-o astfel de schemă este desigur mult sărăcită în raport cu normalitatea, fapt firesc deoarece e vorba de minusul psihopatologiei. Totuşi, acest ghid poate fi util în încercarea de a descifra coordonatele psihice fireşti ale persoanei.

9.7. Arii modulare şi spectru maladiv în psihopatologia clinică. Patologia obsesiv-impulsivă

Funcționarea psihismului uman normal după un model modular lărgit, centrat de sine şi de poziționările sale metareprezentaționale este o abordare ce poate fi considerată comprehensivă. Iar deficitul disfuncțional al unor m.p.a. situaționali, care se decontextualizează, autonomizează, se manifestă rigid, simplificat, excesiv etc., poate fi invocat în înțelegerea unor sd. pt.standard. Rămân şi aspecte insuficient de clare ale acestei abordări, aşa cum ar fi schema formală de funcționare a acțiunii voluntare productive sau a relaționării ce tinde spre colaborare. De asemenea, articularea şi fluența dintre manifestările situaționale, nivelul metareprezentațional şi axul structural al sinelui, sunt un subiect important de analiză şi studiu în psihologia omului normal şi în psihopatologie. În continuare se va încerca abordarea unor astfel de probleme în marginea patologiei obsesiv compulsive şi a spectrului ei.

Clinica psihiatrică actuală continuă să graviteze în jurul unor entități nosologice discrete, a unor categorii diagnostice bine definite, deşi acestea se întâlnesc rar fără a fi însoțite de comorbiditate. De aceea s-a dezvoltat un interes crescut pentru „spectre maladive" care reunesc mai multe entități nosologice ce au elemente comune cum ar fi : - înalta comorbiditate; - aspecte semiologice comune; - corelații între manifestările pe axa I şi II; - manifestări clinice sau subclinice similare la rudele apropiate; - modalități similare de debut şi evoluție; - respondența terapeutică similară etc. În prezent se desfăşoară ample cercetări în direcția spectrului tulburării bipolare, spectrului autist, spectrului schizofren etc. Unul din domeniile clinice în care ideea spectrului s-a dezvoltat mult a fost cel al tulburării obsesiv-compulsive – TOC.

Patologia obsesiv compulsivă (O.C.) este comentată de psihopatologia clinică atât ca şi tulburare episodică (TOC), cât şi ca tulburare de

personalitate obsesiv-compulsivă (TPOC), anankastă în denumirea din ICD-10. Multe studii clinice arată că d.p.d.v. statistic cele două tulburări nu se corelează semnificativ. Totuşi se consideră ca fiind comune: dificultatea în decizie, excesiva atenţie acordată ordinii şi verificării, centrarea pe act, activitate, muncă şi preocuparea specială faţă de delimitare (problematizarea infestării, zgârcenia, colecţionarismul). Patologia O.C. a fost comentată şi din perspectiva spectrelor maladive, (Cap.4).În această direcţie este clasică abordarea lui Hollander care indică trei direcţii ale STOC : - spre impulsivitate; - spre mişcările involuntare de tipul ticurilor; - spre preocupările prevalenţial delirante cu tematică corporal relaţională. La aceasta se adaugă tradiţionala apropiere dintre TOC şi patologie anxios fobică.

Abordarea psihopatologiei clinice capătă o perspectivă de înţelegere tot mai largă, în măsura în care se trece dincolo de clinica psihiatrică înţeleasă în mod strict spre abordări doctrinare. Psihopatologia evoluţionistă aduce în discuţie existenţa la animale a unor ritualuri corelate evenimentelor importante ale ciclurilor vieţii, cum ar fi curtarea, acuplarea, construirea locuinţei. Apoi, comportamente stereotipe cu valoare de detensionare a anxietăţii, preocupări faţă de curăţirea suprafeţei corporale – comparabile cu preocuparea pentru infestare a obsesivilor – colecţionarismul unor specii ce îşi fac provizii alimentare excesive etc. Psihopatologia developmentală atrage atenţia asupra ritualurilor infantile antianxiogene, frecvente mai ales în mica copilărie: înainte de adormire, de plecarea de acasă, sau de evenimente ce necesită asigurare în vederea asertivităţii. Şi la fel, manifestările apropiate de obsesionalitate ale îngrijorării părinţilor ce aşteaptă un prin nou născut sau îl îngrijesc în primele luni. Orientarea cognitivistă analizează detaliat problematica incertitudinii, a invaziei

probabilităţilor necontrolate şi alunecarea spre ideaţia supraevaluată neraţional. Şi de asemenea, deficitul de arhitectonică a gândirii, absenţa unui câmp portant de desfăşurare a acesteia, ce conduce la fenomenul fuziunii gând-acţiune. Iar fenomenologia relevă dificultatea structurării prezentului trăit, obsesivul oscilând între amintiri, intenţii şi proiecte, fără capacitatea unei prezenţe coerente prin acţiune actuală pregnantă şi eficientă.

Rămâne de avut în vedere încă o perspectivă, cea a plasării disfuncţiilor din STOC într-o zonă antropologică cu expresivitate socio-culturală. Comentariile tradiţionale şi actuale indică în această direcţie zona muncii productive şi cea a ritualurilor sacrale. În mod constant s-a remarcat propensiunea obsesivului spre muncă scrupuloasă. Aceasta e una din trăsăturile de bază ale TPOC care e în mod excesiv preocupată de planuri, proiecte, activităţi, performanţe, fără capacitate de relaxare şi odihnă.În perspectivă caracteriologică anankastul e cel mai apropiat de factorul conştiinciozitate din teoria celor cinci mari factori. Propensiunea faţă de acţiune, de munca persistentă şi conştiincioasă, sistematică, diferenţiază obsesivul de histrionic, antisocial sau personalitatea borderline. Munca presupune ordine, atât spaţială cât şi în desfăşurarea temporală. Munca este unul din axele de bază ale existenţei umane; iar anankastul preferă profesiile dee muncitor, funcţionar sau executant anonim, într-un sistem de activitate ordonat şi ierarhizat.

Pe de altă parte ritualurile sau ceremoniile religioase au fost asemănate cu cele obsesive. Apropierea nu este doar exterioară. Ablutomania se corelează strâns cu abluţiunile ritualice prezente în majoritatea religiilor. Scrupulozitatea moral religioasă a obsesivului este şi ea bine cunoscută. În această direcţie, la un pol opus se plasează dezinhibiţia de tip maniacal gregar din faza de dezinhibiţie a sărbătorilor.

Rezumând comentariile de mai sus se poate considera că domeniul antropologic în care se desfăşoară patologia OC şi cea a STOC se cantonează în zona acțiunii, a activității umane responsabile, a muncii productive serioase şi performante, ce se corelează cu ritualurile sacrale ce o potențează şi o asigură.

În perspectiva psihismului uman acțiunea suprapersonală a muncii se articulează cu desfăşurarea unei activități cu scop productiv. Aceasta, are la baza ei, o situație problematică pe care subiectul încearcă să o rezolve. El se implică prin motivele sale, decide, prefigurează un proiect şi trece la act; apoi, acțiunea e realizată efectiv, pe baza unui control constant. La om întreg acest proces e girat de funcțiile executive.

Funcțiile executive constau în decizia ce duce la planificarea şi organizarea unei acțiuni cu scop, urmată de trecerea la acțiune şi monitorizarea parcurgerii eficiente a etapelor acesteia, până la finalul scontat; a cărei bună realizare se cere şi ea confirmată. În această zonă a psihismului s-ar putea avea în vedere un complex modular adaptativ ce ar putea fi numit al „acțiunii voluntare" (a.v.); deci : m.p.a. a.v. Se are acum în vedere o acțiune realizatoare, pragmatică, productivă, ce duce la un rezultat-produs. Acest tip de activitate s-a dezvoltat substanțial la om în raport cu primatele, fiind controlat de cortexul prefrontal. Ea este evidențiată şi comentată teoretic de cibernetică, care subliniază importanța retroinformațiilor, a „feedback"-ului, pe parcursul acțiunii şi la final. Ceea ce, în obsesionalitate, se traduce prin verificări.

Acțiunea cu scop presupune în primul rând instanța subiectului care e inițiată prin decizia sa motivată şi o supervizează continuu, având în vedere ansamblul centrat de obiectiv. Subiectul se implică cu corporalitatea sa, prin acte motorii şi comportamente în care sunt utilizate praxii. Ea presupune

apoi multe alte componente pe care le-a studiat în ultimele decenii teoria acțiunii: - evaluarea situației; - ierarhizarea obiectivelor; - decizia țintită, ca sinteză a motivației; - planificarea etapelor; - strategia gestionării resurselor; - flexibilitatea adaptării la contexte neprevăzute; - eventuala reformulare a etapelor pe parcurs şi chiar obiectivul final; - încheierea acțiunii şi declararea ei ca încheiată. Schema formală pe care o pun în joc funcțiile executive se realizează efectiv prin comportamentul motor al subiectului. Toate aceste aspecte se regăsesc în patologia obsesivă mai ales în TPOC. Iar compulsiile din TOC subliniază implicarea psihomotricității. În plus orice acțiune presupune o lume ordonată, o cunoaştere şi o stăpânire a ordinii spațio temporale a lumii concrete în care acțiunea urmează să se desfăşoare. Ordinea se referă în primul rând la ambianța spațială proximă în care obiectele asupra cărora urmează să se acționeze au anumite poziții şi plasamante geometrice, aflate la variate proximități şi accesibilități față de agentul acțiunii ce operează cu instrumentalitatea propriului corp. Dar ordinea se referă şi la succesiunea în timp a etapelor planificate. Dezordinea şi efortul de ordonare se manifestă în cazul patologiei OC atât în spațiu cât şi în timp. Iar odată cu acest efort de control şi autocontrol se evidențiază şi o hiperanaliză lucidă, care vizează atât psihomotricitatea propriului corp cât şi ordinea spațială din jur.

Revenind la aspecte standard a rezolvării unei situații problematice a cărei punct de plecare este decizia şi trecerea la act, se poate uşor constata că pe lângă acțiunile ce urmează unei deliberări şi decizii temeinice, există şi altele, circumstanțiale, care, din anumite motive nu pot fi astfel elaborate şi planificate. Şi la fel, reacții față de presiunea situației. Sau acțiuni ce pornesc spontan şi neelaborat sub imperiul unui impuls instinctiv. Momentul deliberării, care la om se presupune a fi în principiu conştient, e totdeauna

important, căci el angajează responsabilitatea socială şi morală. Dimensiunea conştientă implică libertatea în decizie şi discernământul. Aceste probleme comportă dezbateri filosofice, etice, dogmatice şi general antropologice, nu doar psihologice şi psihopatologice. La acest nivel comentariul vrea doar să sublinieze proximitatea dintre comportamentul impulsiv şi cel obsesiv compulsiv. În primul, se consideră că e estompată luciditatea autoanalizei şi autocontrolului în momentul deciziei iar „lupta cu sine" e relaxată. Astfel încât chiar dacă ea are loc, subiectul e repede învins de impuls. În al doilea caz, cel al trăirii obsesiv-compulsive efortul de autocontrol e exagerat, egodistonia e exacerbată în direcția blocării acțiunii. Iar comportamentul compulsiv detensionant este mai mult simbolic, neproducând efecte remarcabile în lumea exterioară. În această direcție, a mişcărilor fără consecințe asupra ambianței, TOC se prelungeşte în patologia ticurilor şi mişcărilor involuntare cu bază în patologia neurologică. Unele ritualuri mai complexe şi mişcări stereotipe, cum sunt cele ce se întâlnesc şi în autismul Kanner, au de asemeena un impact redus cu situațiile semnificative actuale.

În cadrul complexului m.p.a. a.v. la nivelul deciziei tulburarea obsesiv-compulsivă se întâlneşte cu cea impulsivă la nivelul execuției psihomotorii cu mişcările involuntare neurologice. Decizia e precedată însă de o instanță motivațională care poate şi ea depăşi contextul unei situații imediate prelungindu-se în preocupări de durată. Astfel de preocupări pot fi direcționate spre eventualități neplăcute ce ar putea să se întâmple celor apropiați dar mai ales însăşi subiectului. De exemplu o boală corporală, o situație de evaluare a sa nefavorabilă. Patologia obsesivă înregistrează la acest nivel al preocupărilor motivaționale o frecvență crescută a îngrijorării față de vulnerabilitatea corporală mai ales în direcția unei posibile agresiuni

nepersonalizate, prin infestare cu microbi, asupra corpului. Şi boala corporală poate fi o preocupare motivațională importantă pentru pbsesiv, la fel ca şi aspectul corporal. Corpul este de fapt centrul şi punctul de plecare al acțiunii psihomotorii, atât în comportamentele productive cât şi în cele relaționale. Iar tendința hiperreflexivă a obsesivului se fixează la nivel motivațional asupra stării acestui instrument bazal al acțiunii. Îngrijorarea şi preocuparea anxios obsesivă față de starea corporalității poate aluneca în direcția convingerii în idei supraevaluate şi delirante. Este cel de al treilea ax al spectrului TOC al lui Hollander.

Clinic a mai fost studiată corelația patologiei TOC cu addictivitatea; dar datele cazuistice şi statistice nu sunt suficient de concludente. E posibil ca faptul să se datoreze luării în studiu mai ales a dependenței de alcool şi droguri. Dacă s-ar ține cont de „dependența de muncă" rezultatele s-ar putea să fie altele.

Conceptualizarea patologiei OC ca făcând parte dintr-un spectru cu 3 direcții sau dimensiuni principale e agreată de studiile factuale şi actuale. Independența respectivelor domenii ale psihopatologiei clinice se păstrează, dar "ceva" le şi apropie. În primul rând le apropie constatarea clinic statistică a comorbidităților, a modurilor de apariție şi evoluție, a terapiei. Dar, articularea lor într-un acelaşi spectru ar putea fi argumentată şi prin faptul că toate exprimă, în feluri diferite, perturbarea aceluiaşi domeniu modular, a m.p.a. a.v. Patologia corelată prevalenței se desfăşoară mai mult în plan motivațional, cea corelată mişcărilor involuntare mai mult în plan motor, iar patologia impulsivă, mai mult la nivelul deciziei.

Trimiterea la structura psihică bazală a acțiunii voluntare, ce ar putea fi concepută şi ca un complex modular, clarifică în mare măsură şi ceea ce studiul clinic obiectivant nu lămureşte mai precis articularea între TO şi

TPOC. Ambele sunt intim corelate cu problematica acţiunii voluntare în toate formele lor de manifestare de diverse intensităţi. Iar în cazul TPOC devine clar de ce rfeprezintă aceeaşi patologie atât varianta rigid anankastă cât şi cea nehotărât psihastenă. Ambele exprimă disfuncţii deficitare a m.p.a. a.v.

În cazul patologiei obsesive există însă şi un alt aspect care acum o individualizează în raport cu cea motorie, impulsivă şi prevalenţial delirantă. E vorba de o intersecţie cu o disfuncţie care vizează în mod direct aria axială a sinelui. Şi anume de deficienţa funcţiei coerenţei centrale, care se întâlneşte şi în autismul Kanner şi în schizofrenia dezorganizată. Faptul plasează obsesionalitatea la un pol opus faţă de paranoidie. Această intersecţie între două arii sau domenii de funcţionalitatea psihică indică complexitatea condiţionării stărilor psihopatologice. Dar şi necesitatea unor modele teoretice comprehensive.

9.8. Ce e tulburarea mintală?

Tulburarea mintală este în primul rând o realitate nemijlocită, prezentă în viaţa de zi cu zi a oamenilor. Dar ea este şi o realitate "oficială" de care se ocupă instituţiile practico-teoretice ale societăţii, în primul rând medicina psihiatrică. Ca realitate nemijlocită tulburarea mintală (t.m.) constă dintr-un deficit disfuncţional la nivelul psihismului persoanei umane, care constituie polul individual al "umanului". Existenţa umană, "antroposul", are însă şi dimensiuni a căror realitate e supraindividuală, aşa cum sunt instituţiile sociale, sistemele de norme şi valori care ghidează comportamentul oamenilor dintr-o cultură, teoriile ştiinţifice, doctrinele, istoriile şi poveştile din care se alimentează generaţii succesive, prezenţa persoanelor în instanţa secundă a narativităţii de zi cu zi. La nivel supraindividual "oficial" t.m.

este definită şi descrisă în termenii acceptaţi de comunitatea ştiinţifică a vremii. Circumscriere şi construct teoretic ce stă la baza diagnosticului, tratamentului şi expertizelor. Dar nivelul de referinţă al acestei "realităţi teoretice" e în individ, în persoană, aşa cum corect subliniază DSM-III-IV. În ansamblu se poate spune că t.m. este o realitate antropologică plasată la limită, în direcţia minusului antropologic. La altă limită, simetrică, s-ar plasa creativitatea ce mobilizează oamenii în plan supraindividual. Ambele sunt intrinseci existenţei umane, la fel cum limitele sunt prezente în tot ceea ce este. Într-un fel se poate spune că t.m., indiferent de cauzele sale, este un fel de "experiment natural", care, neasimilând, îndepărtând şi/sau dezorganizând unele structuri superioare integrative şi desimplicând aspecte care în mod normal sunt integrate în sinteza şi cursivitatea vieţii, dezvăluie infrastructura persoanei umane conştiente. De aceea psihopatologia poate juca un rol de document ontologic.

Tulburările mintale derivă din aspectele normale ale existenţei persoanei printr-un deficit ce conduce la stări disfuncţionale, dezadaptative, care crează suferinţă reduc integrarea socială şi creativitatea, orientând spe alienare şi pretinzând ajutor. Dar ceea ce se perturbă sunt structurile funcţionale, normale şi adaptative ale psihismului uman atât în ceea ce priveşte manifestarea situaţională şi preocupările transevenimenţiale cât şi fondul de identitate personală. Acestea caracterizează persoana ca o consecinţă a filogenezei şi a metamorfozelor istorice, ca urmare a ontogenezei sale, a istoriei biografice ce se petrece într-o nişă umană dată. T.m. este comentată în prezent predominant în termeni de disfuncţie, ideea deficitului fiind acceptată tacit dar neadusă în discuţie direct. Ea este însă o caracteristică intrinsecă a stărilor de boală de care se ocupă medicina, recte psihiatria. Şi astfel, nu poate fi ocolită nici de psihopatologia clinică, unde

are o tradiție impresionantă. Credem că cel mai înțelept ar fi să se vorbească de o disfuncție deficitară sau deficit disfuncțional – d.d.; care în mod secundar e dezadaptativ. De la început apar întrebări ca: - ce se perturbă? – ce se manifestă odată cu starea psihopatologică? – care e dinamica şi mecanismul unei astfel de perturbări? – cum se raportează ea față de ansamblul existenței persoanei? Trebuie recunoscut că nu există răspunsuri sistematice, clare şi bine argumentate la toate aceste probleme. Câteva răspunsuri totuşi există. Iar altele pot fi încercate.

Reluând cele avansate mai sus s-ar putea susține că în esență tulburarea mintală reprezintă un deficit disfuncțional al psihismului persoanei, centrată de sine. Deficit al capacității sale de manifestare şi al manifestării sale adaptative şi integrate în lumea umană. Integrare ce se realizează prin relații interpersonale, asertare şi acțiune pozitivă, prin depăşirea situațiilor problematice, prin creativitate şi dezvoltare. Deficit care reduce complexitatea, disponibilitatea şi libertatea de raportare şi manifestare a subiectului. Acest deficit se realizează prin diverse modalități, vizează variate incidențe ale structurii şi dinamismului vieții psihice, e diferit ca profunzime, durată şi incidență a aspectelor psihologice care sunt perturbate.

Odată cu deficitul psihopatologic, pe lângă dificultatea de manifestare a unor funcții, se exprimă şi aspecte ale psihismului care în mod obişnuit sunt controlate şi integrate în manifestări mai complexe, armonizate şi structurate prin comportamente cu sens adaptativ. Se pot manifesta astfel modalități psihice care de obicei sunt doar implicate. Sau au doar o funcționalitate circumstanțială. Într-o importantă zonă a psihopatologiei întâlnim următoarea situație: o structură funcțională, un "modul psihic adaptativ" – m.p.a. - se detaşează din fluxul obişnuit al trăirilor, se impune

rigid, acaparează psihismul, se manifestă simplificat, formal, excesiv, decontextualizat, nepersonalizat. Acest m.p.a. capătă autonomie, devenind greu controlabil de către subiect. Iar acesta suferă, se manifestă neobişnuit, nu se mai poate adapta şi integra social. El este diagnosticat de specialişti ca având un episod maniacal, anxios, depresiv, delirant haluciantor, agorafobic, obsesiv compulsiv etc.

În fața unui pericol potențial, atât animalul cât şi omul intră în mod firesc în alertă, aducând în prim plan un modul adaptativ pe care îl are la dispoziție în "dotarea" sa, ca şi abilitate, capacitate, competența de a face față situațiilor periculoase. E vorba de o stare de tensiune hipervigilă, cu o disponibilitate crescută pentru reacții prompte. Acest modul sau această stare ajută subiectul să facă față situației. Apoi, el se retrage atunci când situația nu o mai cere. Dacă modulul alertei în fața necunoscutului potențial periculos se manifestă excesiv, decontextualizat formal, rigid, persistent, imposibil de controlat, atunci apare ca sindrom psihopatologic, ca anxietate generalizată. Tensiunea de aprehensiune anxioasă, de aşteptare sau imaginare a unor eventualități negative, a unor posibilități nefavorabile se poate apoi extinde, ca un "functor" asupra unei arii importante a trăirilor persoanei, la nivel transsituațional, metareprezentațional, definind "spectrul patologiei anxioase".

La fel ar fi situația umană a suspiciunii. Ea are în vedere "montarea" sau apariția în prim plan de câte ori e cazul, a unei capacități de a fi atent şi circumspect în raport cu comportamentul celorlalți. Suspiciunea e potențial prezentă în orice relaționare interpersonală nouă, ori de câte ori se pune problema unei colaborări cu altul. Ea se activează dacă sunt indici că celălalt este ostil; sau chiar dacă este prea curios în raport cu intimitatea proprie persoanei. Dacă modulul suspiciunii se desimplică şi se manifestă

decontextualizat, neobişnuit, necontrolat, rigid, formal etc., se poate ajunge la sindromul psihopatologic al paranoidiei. În cazul în care omul e dominat de trăirea suspiciunii paranoide, el e mai puțin disponibil față de varietatea şi complexitatea existenței, viața lui e simplificată, chinuită şi dezadaptativă. Subiectul se integrează mai dificil în viața comunitară, libertatea şi creativitatea lui sunt reduse.

E normal şi adaptativ ca înainte de a se decide într-o acțiune omul să delibereze temeinic; iar în cursul desfăşurării acesteia să verifice dacă microetapele s-ar realiza, dacă proiectul se desfăşoară complet. Dar e anormal, psihopatologic, ca el nu se poată hotărâ în nici o împrejurare banală, să rămână inactiv din cauza acestei dificultăți de decizie.

Sublinierea acestor trimiteri la normalitate lasă însă deschisă problema etiopatogeniei. Cum şi de ce apar stările psihopatologice?

Deficitul disfuncțional al stărilor psihopatologice se poate instala după multiple modalități şi poate viza variate aspecte ale vieții psihice.

În unele cazuri întâlnim nedezvoltarea unor funcții, abilități, competențe psihice. Poate fi vorba şi de o structurare dizarmonică şi insuficientă a ataşamentului sau de neachiziționarea modulului complex al mentalizării, prin intermediul funcții ToM ce se instituie la 3-4 ani. Acest fapt condiționează în mare măsură autismul Kanner pe care Baron-Cohen l-a caracterizat, din această cauză ca "mind blindes".

Altă variantă este cea a deteriorării sau pierderii unor funcții cu semnificație psihică, cum ar fi vorbirea, recunoaşterea feței altora sau aspecte ale funcțiilor executive, prin care subiectul elaborează proiecte şi strategii de acțiune evaluând consecițele actelor sale. Aceste deficiențe pot avea cauze organic-cerebrale şi unele apar în demențe, alături de deteriorarea memoriei biografice; fapt ce duce la alterarea identității psihice.

Un alt aspecte mult studiat şi invocat în psihopatologie este cel al "disoluției" câmpului de conştiință, după modelul bioritmului veghe/somn cu vise. În raport cu suspendarea periodică normală a conştiinței pe care o induce somnul, în starea de delirium sau stare confuzo-onirică întâlnim o reducere de diverse intensități a vigilității conştiente, însoțită de dezorientare temporo-spațială auto şi allo psihică; fond pe care pot apare halucinații vizuale de tip oneiroid. Paralela dintre sindromul "confuzo-oniric" şi normalitatea oscilațiilor vigilității ce alunecă periodic în suspendarea conştiinței în somn, este evidentă. Acest model, amplificat prin exemplul modificărilor psihice induse de unele substanțe psihoactive, a fost aplicat psihopatologiei în sec.XIX de Moreau de Tour şi reluat în sec.XX de către Ey. Comparația permitea o referință clară la concepția lui Jackson care se formula astfel : - în stările patologice (neurologice şi psihice) sunt afectate în primă instanță structurile funcționale superioare, mai noi filogenetic, care sunt cele mai fragile; - pe fondul acestui deficit, a acestui minus, se dezinhibă şi se afirmă structuri inferioare, care sunt mai vechi filogenetic, mai rezistente; dar care sunt simple, simbolice, neexplicite, stereotipe. Starea patologică constă dintr-o combinație între ceea ce lipseşte, ceea ce se dezinhibă şi se afirmă şi reacția organismului, a persoanei, care caută să găsească un nou echilibru. În trăirile confuzo-onirice, reducerea vigilității permite afirmarea inconştientului oneiroid. Ey a încercat să aplice această interpretare la multe stări psihopatologice, inclusiv la manie.

În cele trei situații menționate este evidentă afectarea fucnționării creierului. Zona de tranziție între simptomatologia psihopatologică şi cea neuropatologică este destul de mare. Ea cuprinde de exemplu unele tulburări de limbaj, - între afazie şi schizofazie - aspecte ale autocontrolului emotiv şi pulsional, ale vigilității şi somnului cu vise, manifestări comportamentale ca

cele ce fac tranziția între compulsii, ticuri şi alte mişcări involuntare. Stuporul, care uneori are evident la bază o disfuncție cerebrală, e un sindrom clasic în psihopatologie. Bazele neurofiziologice ale multor sindroame psihopatologice şi ale echivalențelor lor normale sunt tot mai mult studiate, iar cunoştințele progresează mai ales sub impulsul cognitivismului. Astfel, se cunosc destul de multe privitor la structurile cerebrale implicate în cunoaşterea schemei corporale, în recunoaşterea feței altora şi chiar ale sintezei sinelui nuclear, în ansamblu, cel ce stă la baza mentalizării, a atribuirii de stări mentale altora şi sie-şi.

Existența unor moduli psihocerebrali de diverse complexități este indiscutabilă iar disfuncția acestora, studiate în prezent cu perseverență este în mod cert implicată în sindroamele psihopatologice. Dar ansamblul psihopatologiei nu poate fi lămurit doar prin progresul în această direcție de cunoaştere.

Ey şi-a intitulat doctrina „oargano dinamism". El susținea în linia lui Bleuler şi de Clerambault, că deficitul în stările psihopatologice se datorează unor cauze organice. Dar, „conținutul" a ceea ce se dezinhibă şi se manifestă, îl identifica cu inconştientul psihismului uman, în spiritul psihanalizei lui Freud. Dar Ey nu a putut invoca, în epoca sa, structuri funcționale coerente şi adaptative, moştenite filogenetic şi actualizată ontogenetic aşa cum sunt m.p.a., comentați în prezent de diverse doctrine psihologice şi în primul rând de p.pt.e.

*

* *

O altă direcție a psihopatologiei acordă o importanță considerabilă trăirilor actuale şi reacțiilor față de semnificația unor situații. Aceasta a fost inaugurată de Jaspers prin noțiunea de reacție psihopatologică şi a fost

studiată detaliat de psihopatologia clasică germană. Ea este reactivată în perioada DSM-III-IV prin ideea de reacție de stress posttraumatic, anxietate de separare şi doliu patologic. În aceste cazuri nu mai e invocat explicit un deficit ci doar un exces, o anormalitate în intensitatea şi durata trăirii.

Aspectul nelămurit al acestei perspective de interpretare este acela că lasă să se înțeleagă că trăirea reactivă este integral produsă de eveniment, de semnificația acestuia. Spaima rezultă din amenințare, doliul din pierderi, iritarea din frustrare, veselia din succes sau veste bună. Răspunsul simplu la întrebarea : "de ce apar astfel de trăiri la oameni în condiții reactive?" era : "pentru că aşa e omul, aşa e constituția sau firea sa, aşa reacționează el la astfel de situații". (În subtext, aproape că nu se spune că "aşa a fost el creat").Corecția ce se cere făcută este de a se sublinia că evenimentele cu semnificație pentru subiect utilizează, declanşează şi pun în mişcare nişte modalități de manifestare pe care acesta le are la dispoziție, în rezerva sa de comportamente şi trăiri – de abilități, capacități şi competențe specific umane – încă înainte de apariția respectivei situații semnificante. Şi care s-au constituit şi s-au inserat în structura personalității sale în perspectivă filoontogenetică, tocmai pentru că au avut şi au valențe adaptative şi creatoare. Capacitatea de a se alerta, de a trăi frica, angoasa şi comportamentele consecutive sau de a se angaja într-o confruntare beligerantă, preexistă evenimentului, se afirmă în contextul său şi se poate îmbogăți prin experiența respectivă. La fel e şi capacitatea de a se dezinhiba şi deveni sociabil în cadrul unei bune dispoziții sărbătoreşti; sau capacitatea de a trăi o retragere pentru refacere şi reculegere, cu conotație depresivă.

Aceste aspecte au devenit mai clare odată cu maniera în care psihopatologia ultimelor decenii a studiat rolul influențelor psihosociale. S-a demonstrat că deseori e importantă mai ales prezența şi cumularea

solicitantă a unor evenimente de viaţă la o persoană vulnerabilă. Iar semnificaţia unor trăiri actuale poate să se plaseze în plan secund, ca simplu fapt declanşator al stării psihopatologice. Un episod maniacal poate fi declanşat de un eveniment trist sau de moartea cuiva apropiat. Iar depresia sau anxietatea pot apare după evenimente pozitive; sau doar în urma epuizării. Desigur, în cadrul unei situaţii semnificative, subiectul este conpenetrat psihic cu aceasta, aderă şi participă la ea, se exprimă şi se extinde în ambianţa umană în care e angajat; iar reacţia poartă în ea de obicei conţinutul de semnificaţie a situaţiei determinante. Dar reacţia însăşi, în esenţa ei, se bazează pe un mod de manifestare care preexista în subiect.

*

* *

Definiţia din DSM III-IV a t.m. se referă la ceea ce e constatabil obiectiv în aceste cazuri : un sindrom clinic semnificativ însoţit de anumite consecinţe : deficienţa în funcţionarea socială, suferinţă subiectivă (relatabilă) şi riscuri crescute. Se acceptă că această stare exprimă o disfuncţie plasată în persoana. T.m. se detaşează prin această caracterizare de normalitatea psihică care însă nu e definită ci e considerată ca o realitate firească, de la sine înţeleasă. Cei care aderă la aceasţă definiţie îşi exprimă constant regretul că nu există suficiente date care să lămurească cauzele şi să identifice substratul corporal care se perturbă, pledând pentru un model biomedical şi indicând disfuncţia cerebrală ca principalul topos de studiu.

Totuşi, un răspuns la problema : „ce e tulburarea mentală”?, propus de necesităţile statistice şi care să deschidă drumul unor proiecte de cercetare pe bază de modele, nu s-ar cere neapărat bazat pe cauzalitate. Odată acceptată circumscrierea exterioară propusă de DSM-III-IV, se poate pune accentul pe un nivel intermediar între ceea ce e constatabil şi etiopatogenie.

Propunem o interpretare a tulburării mentale ca deficit disfuncţional al psihismului persoanei, variat condiţionat, care are la bază ; - Desimplicarea unor structuri funcţionale adaptative de tip modular şi/sau a infrastructurilor formale ale psihismului, care, manifestându-se într-o modalitate simplificată şi rapidă, se autonomizează, monopolizând trăirile persoanei, reducându-i complexitatea, libertatea de manifestare şi acţiune; - manifestările psihice infrastructurale ce se desimplică şi se manifestă în psihopatologie au o exprimare simplificată, destructurată, formală, redusă în conţinut, în raport cu corespondentul lor de manifestare obişnuită, integrată şi adaptativă. Prin aceasta persoana nu se mai articulează eficient la contextul situaţional; - În stările psihopatologice se exprimă şi un deficit al structurii axiale a sinelui în ceea ce priveşte sinteza, coerenţa centrală, delimitarea, identitatea şi asertarea subiectului în raport cu lumea umană dată; - Ca rezultat se manifestă un sindrom clinic semnificativ însoţit de deficienţe în funcţionarea socială, suferinţă şi riscuri crescute, la care ambianţa reacţionează; Negativ prin rejecţie, alienare, stigmatizare, pozitiv prin protecţie şi tratament. Persoana reacţionează şi ea tot timpul faţă de starea sa intrinsecă de deficit disfuncţional şi faţă de reacţia ambianţei.

În ceea ce priveşte determinismul, care interesează aşa de mult pe promotorii DSM-III-IV, nu se câştigă nimic dacă el este abordat doar frontal, prin programe de studii genetice şi de identificare a disfuncţiilor cerebrale. Etiopatogenia tulburărilor psihice ar avea de câştigat dacă s-ar căuta un răspuns cât mai cuprinzător de la întrebarea : „ cum şi de ce e posibil să apară tulburări mentale, aşa cum le constatau psihopatologii?”. Etapele răspunsului ar înregistra ca secvenţe :

- Tulburările mentale apar, aşa cum cunt ele constatate, pentru că există structuri funcţionale psihice normale care se pot desimplica, se pot

dezvălui şi manifesta deficitar disfuncțional. Astfel de structuri, ca părți ale ansamblului psihismului persoanei, sunt rezultatul evoluției filogenetice materializat în structura creierului şi actualizată în cursul ontogenezei, a bikografiei, în contextul relaționărilor intersubiective şi a lumii umane, dimensionată prin logos şi valori. Normativitatea acestei lumi întreține constant funcționarea psihismului uman, ce le realizează prin proiecte.

- Manifestarea structurilor funcționale psihice se poate perturba prtin patologia encefalului în care sunt encodate programele psihocerebrale; şi la fel, prin acțiunea semnificantă a mediului uman care determină stări reactive, provocând şi implicând structuri funcționale psihice constituite. Aceste condiționări învăluie determinismul specific psihopatologiei;

- Apariția şi manifestările printr-o geneză îndelungată a structurilor funcționale psihice crează şi posibilitatea instalării unor vulnerabilități de fundal ce se pot accentua circumstanțial, prin acțiunea unor factori intrinseci şi extrinseci.

- Psihismul unei persoane vulnerabile poate ajunge şi în situația ca factor circumstanțial şi condiționează în anumite împrejurări o ruptură – o "catastrofă" (în sensul teoriei matematice a catastrofelor) care mută temporal funcționalitatea psihică pe o altă orbită, deficitar disfuncțional. Dintre factorii intrinseci nu trebuie omise desfăşurarea biopsihoritmurilor antropocosmice.

O formulare ca cea mai de sus privitoare la etiopatogenie cere nu doar căutarea unor fapte relevante ci şi elaborarea unor modele teoretice care să indice unde şi ce fapte se cer căutate.

În continuare vor fi trecuți în revistă principalii parametri deficitari disfuncționali ce stau la baza sau însoțesc e.p. şi în general t.p.

a) Desimplicarea unor structruri funcționale (modulare) şi/sau desvăluirea unei infrastructuri formale a manifestărilor psihice care în normalitate sunt implicate sau se manifestă doar circumstanțial, atâta vreme şi în modalitatea în care activarea funcției respective are rost, utilitate adaptativă, sens. Se poate face trimitere la manifestării psihice ca alerta anxioasă, deliberarea în luarea unei decizii, retragerea pentru protecție şi refacere, expansivitate socială gregară etc. Acestea, plecând de la funcționarea lor adaptativă uzuală, în condițiile unui deficit disfuncțional ajung în prim planul trăirii şi manifestării psihice, se afirmă autonom şi decontextualizat, excesiv, rigid, formal. Trăirea respectivă – de ex. anxioasă, obsesivă, paranoidă – decontextualizează subiectul în raport cu fluxul desfăşurării interioare cu sens a trăirilor sale, reduce disponibilitatea față de alternative, libertatea de opțiune, de control, de reorientare şi de sinteză creativă. Ea se manifestă intens dar simplificat, rigid, formal, nepersonalizat, reducând şi receptivitatea subiectului față de contextul ambiental, capacitatea de a se raporta flexibil şi adaptativ în raport cu variațiile şi solicitările acestuia.

Decontextualizarea psihică internă ce se impune în psihopatologie reduce complexitatea, diversitatea şi mobilitatea trăirilor subiective. Acestea devin monoton de constante şi identice. Subiectul e în permanență trist, anxios, vesel, preocupat de trăiri obsesiv compulsive sau de o ideație paranoidă, indiferent de varianta situației şi împrejurări.

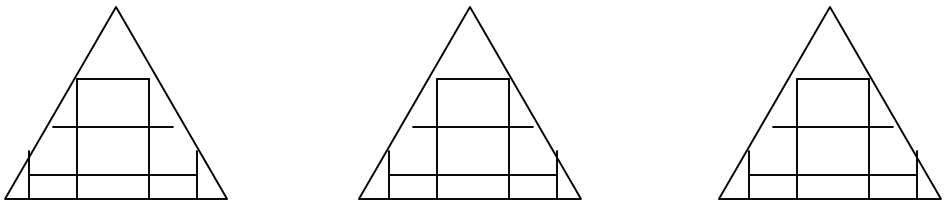
Problema patogeniei stărilor psihopatologice rămân un domeniu important de studiu. Chiar dacă în perspectiva determinismului se pot analiza diverse nivele şi incidențe ale vulnerabilității şi condiționărilor actuale, mecanismele prin care se realizează reducerea complexității sintetice a psihismului şi se impun aspecte implicate sau infrastructurale,

rămân încă o problemă. Mai ales că, marea majoritate a stărilor psihopatologice sunt în suficientă măsură reversibile, cu sau fără tratament.

b) Simplificarea, destructurarea, formalizarea trăirilor şi manifestărilor psihopatologice.

Rămânând în aria de psihopatologie invocată prin desimplicarea unor m.p.a. – ca cei ce stau la baza unor sd.pt. ca anxietatea, fobia, depresia, mania, suspiciunea paranoidă se cere evidenţiat că această manifestare nu e doar excesivă, rigidă şi monopolizatoare a psihismului persoanei. Ci, în raport cu manifestarea funcţional adaptativă a respectivului m.p.a. apare o modalitate deficitară, simplificată, aplatizată, destructurată, formală. Impulsivitatea patologică diferă prin aceste caracteristici de cea normală; şi la fel dependenţa de alcool depresia majoră în raport cu tristeţea comprehensivă, mania în raport cu euforia succesului sau sărbătorii. Nu e prezentă doar manifestarea cantitativă excesivă, exagerată ca intensitate. Ci manifestarea exprimă o modificare structurală deficitară. Această reducere a complexităţii trăirii se exprimă şi prin decontextualizare, trăirea şi manifestarea nemaifiind acum conpenetrată cu conexiunile vieţii comunitare. Mai precis, un deficit, o dezorganizare a structurii desfăşurării şi manifestării procesuale a trăirilor.

Acest deficit dezorganizant al manifestării par putea fi sugerat, extrem de simplist prin câteva imagini:



Dacă am imagina structura funcţională a unui proces psihologic ca un drum de parcurs care face apel la diverse instanţe succesive şi ierarhice, în

destructurarea psihopatologtică acest drum devine mai scurt, sare unele etape şi nu face apel la altele pe care în mod normal ar trebui să le implice. Cognitivismul dar şi fenomenologia s-au străduit să urmărească acest aspect al disfuncției deficitare în variate stări psihopatologice. Destructurarea se poate manifesta în ansamblul unui modul, pentru aspecte submodulare sau pentru domenii modulare. Câteva situații ce au fost analizate – sau ar putea fi analizate şi studiate – sunt :

- Saltul spre concluzie („jump for conclusion") ce se întâlneşte la unii deliranți; procesul inferențial nu parcurge etapele argumentative fireşti ci ajunge la concluzie imediat după primele informații.
- Fuziunea act-gândire, pe care o resimt unii obsesivi care ajung la convingerea că faptul la care s-au gândit s-a şi petrecut sau că faptul că se gândeşte la o eventualitate favorizează, în mod „magic" apariția acesteia.
- Atribuirea pripită şi exagerată a cauzalității unor evenimente către alte persoane în paranoidie – sau către sine, în depresie – fapt studiat mult de echipa lui Bental
- Scurtcircuitarea deciziei în comportamentul impulsiv patologic; drumul de la intenție la act e parcurs rapid chiar dacă consecința negativă e cunoscută sau prezumată;
- Manifestarea compulsiv obsesivă în care actul absurd – de ex. spălatul pe mâini – se produce chiar dacă ideea ce-l susține, contaminarea, e criticată de subiect.

În fenomenele menționate desfăşirarea proceselor psihice nu mai e firească, completă şi adecvată situației, din diverse motive pe care studiile psihopatologice caută să le descifreze. Ceea ce evident e faptul că structura şi contextul interior al funcționalității psihismului e perturbat. Şi în primul

rând în arhitectonica sa, care înseamnă etape şi nivele de parcurgere. Dar, intuitiv se poate prezuma şi o deficienţă a liantului care menţine această structură, aşa cum în fizică un câmp structurează anumite linii de forţă. Acest aspect al câmpului nu mai este unul discret, al unor nivele şi puncte precis identificabile ci unul învăluitor şi continuu, care a fost comparat cu „atmosfera" ce învăluie obiectele sau fluidul, lichidul în care mişcă peştii. Această metaforă ce a fost utilizată de fenomenologi nu ar trebui ignorată în studiile actuale, într-o vreme în care ştiinţa ţine seama de dialectica dintre continuu şi discontinuu.

Alte aspecte ale disstructurii manifestărilor psihopatologice apar dacă se urmăreşte, fenomenologic, modul în care se manifestă spaţio temporalitatea trăită efectiv de subiect. În mod normal omul trăieşte în prezent, rezolvând situaţii problematice, bazându-se pe trecutul rememorabil şi invocabil şi pe viitorul previzibil şi imaginabil. Această structură a temporalităţii e modificată în psihopatologie aşa cum deja s-a menţionat: - anxiosul trăieşte într-un prezent minuscul deschis tot timpul spre un viitor periculos de care e în permanenţă îngrijorat; - maniacalul trăieşte într-un prezent plenar deschis spre toate posibilele viitoare; - depresivul nu poate să se raporteze la prezent, acesta nu îl mai interesează, viitorul e neconceptibil, el se cantonează pe un trecut în care-şi descoperă vinovăţia eternă; - obsesivul, chinuit de nehotărâre şi de intruziunea unor amintiri şi intenţii, nu poate nici el structura coherent prezentul, deşi îşi face multe proiecte de acţiune, pe care încearcă să le urmărească, cu mici şanse de finalizare. Problema distorsiunii timpului trăit se poate pune şi prin felul în care impulsivul se lasă dominat de prezentul imediat sau addictivul se anesteziază în faţa acestuia.

Tulburările trăirii temporalităţii fac parte integrantă din structura manifestărilor psihopatologice iar felul în care acestea se manifestă dă

contur specific diverselor sindroame, evidențiind în acelaşi timp deficitul şi disstructura lor. Aceste aspecte ale realității clinice ar merita acelaşi interes de studiu, ca de exemplu tulburarea cognitivă a saltului spre concluzie sau a fuziunii act gândire. De reținut că ele implică intens afirmarea, asertarea şi evaluarea de sine a subiectului. Această asertare şi raportare la sine e clar distinctă în anxietate, manie, depresie, obsesionalitate etc., fiind consubstanțială cu trăirea temporalității.

Deficitul prin destructurare poate fi urmărit şi în psihopatologia trăirii spațiului, chiar cu diferențierea între raportarea la spațiul fizic, biologic, interpersonal social.

Spațiul fizic de întinde la om, tridimensional, în jurul propriului corp, mai ales în fața acestuia, fiind marcat de distanțe şi poziții reciproce ale obiectelor. El e resimțit întotdeauna ca spațiu al acțiunilor posibile în preajmă, în situațiile problematice date, deci implicând căi de acces. În patologia anxios fobică întâlnim evident destructurări la acest nivel : angoasa e resimțită deseori ca o cădere în gol, ca lipsă punctelor de sprijin şi a suportului ferm („pământul fuge de sub picioare"). Fobiile spațiale relevă o regresie de la capacitatea de a percepe spațiul tridimensional – euclidian, învăluitor – la o percepere topologică, cea în care realitatea poate fi resimțită doar în condițiile contactului direct cu ea (aceste aspecte au fost studiate experimental de Piaget încă din anii 50 ai secolului trecut). Mulți fobici nu mai pot calcula mental – desigur inconştient – distanța până la obiectele solide staționare sau în mişcare, cu sentimentul că acestea se năpustesc asupra lor. Iar într-un spațiu închis sau aglomerat e resimțită angoasant imposibilitatea unui drum de acces în caz de pericol. Toate aceste trăiri pot conduce spre atac de panică.

Patologia anxios fobică aduce în discuție şi dezorganizarea – distorsiunea – spațiului biologic, structurat între locuința protectoare şi îndepărtarea de aceasta, într-o lume tot mai puțin familiară şi mai periculoasă. Pe măsură ce îndepărtarea creşte, se instalează nesiguranța, alerta în fața necunoscutului periculos. Ca echivalent adaptativ al reacției actuale față de stimuli periculoşi, se produce mai uşor atacul de panică. Întreg modelul comportamental apare ca fundal şi precursor pentru patologia agorafobică, în care aspectul esențial e îndepărtarea de mediul protector al locuinței, al cuibului.

Din situația menționată mai sus rezultă la om o moştenire psihologică care, modificată după parametrii specifici psihismului uman, stă la baza unor diverse manifestări psihopatologice.

Înaintarea în necunoscutul potențial periculos induce atât la animal cât şi la om alerta anxioasă. Aceasta se corelează cu nefamiliaritatea ambianței parcurse. Mecanismele psihologice care asigură sentimentul de familiaritate cu lumea, întreţin liniştea interioară şi încrederea în sine. Lipsa familiarității lumii se corelează desigur cu anxietatea dar nu se reduce la ea. La om ea se manifestă ca trăire a stranietății lumii în sindromul depersonalizării. Nefamiliaritatea lumii, încărcată de iminența unor evenimente importante pentru subiect, se manifestă în dispoziția delirantă a „anastrofei" (Conrad): „totul se învârte în jurul subiectului care trăieşte în tensiune, sentimentul că se va întâmpla ceva important pentru el, că tot ceea ce percepe are o semnificație specială". O manifestare şi mai specială apare în trăirile de referință. Dar cu aceasta universul spațialității biologice este clar depăşit. Iar fenomenele au fost menționate doar dat fiind faptul că se bazează pe sentimentul nefamiliarității lumii; care, la rândul său, se articulează cu alerta din mediul necunoscut.

Spațialitatea interpersonal socială se referă la distanțele psihologice ce se întind între intim şi public. Pe această axă se plasează : persoane foarte apropiate cu care împărtăşeşti toate secretele, te identifici şi rezonezi afectiv; - persoane familiale; - cunoştințe mai mult sau mai puțin apropiate; - cunoştințe oficiale; - persoane publice; - persoane indiferente. Există şi o dinamică a apropierilor şi îndepărtărilor interpersonale precum şi una atitudinală, a deschiderii receptante sau a ținerii la distanță, a suspiciunii. Structura spațialității interpersonal sociale e şi ea dezorganizată în psihopatologie cu reducerea, distorsiunea sau abolirea distanțelor între intimitatea subiectului şi celălalt, ceilalți. Acest fapt se exprimă în variate sindroame, mai ales în cele ce au la bază perturbarea dispoziției afective (cum e mania, iritabilitatea ostilă, depresia), în deliruri (mai ales în cel paranoid, în schizofrenie), în tulburările de personalitate.

Destructurarea propriu zis spațială a relaționării interpersonal sociale apare cel mai evident, accentuat şi grav, în sindromul punerii sub supraveghere, care însoțeşte de obicei delirul paranoid din schizofrenie. Fenomenele se eşalonează în următoarea ordine : trăiri senzitiv relaționale, cu sentimentul subiectului de a fi în centrul atenției celorlalți; - sentiment de urmărire: - supravegherea prin aparate a intimității. Unele aspecte ale sindromului de referință („la televizor se vorbeşte despre mine, mi se fac aluzii") şi ale fenomenelor de transparență („mi se cunosc gândurile") se înscriu şi ele în aceeaşi diagramă a destructurării spațialității interpersonal sociale, care implică perturbarea limitelor sinelui nuclear.

În condițiile în care un m.p.a. situațional s-a impus trăirilor subiectului pe care le monopolizează şi se manifestă rigid şi simplificat, destructurat, el este evident decontextualizat şi în perspectivă situațională. Faptul nu se referă doar a aceea că nu e condiționat de influențe semnificative

situaționale. Subiectul nici nu mai e sensibil la ele. Un depresiv profund sau un maniacal nu acordă importanță evenimentelor din jur.

Această decontextualizare exprimă „retragerea" psihismului persoanei din zona de conpenetranță naturală cu situația, „încapsularea" sa. Acest fapt nu se petrece doar în autism sau în delirul paranoid major, ci în orice stare psihopatologică importantă.

c) Deficitul ce se manifestă în zona axială a sinelui şi persoanei, exprimând perturbarea unui complex de structuri funcționale interpenetrante ce asigură : coerența centrală, delimitarea, identitatea, poziționarea atitudinală şi strategiile de relaționare interpersonale ale subiectului. La diversele sale nivele de organizare sinele exprimă intenționalitatea subiectului ce vizează realitatea lumii prin intermediul relaționării sale cu alte persoane. Sinele, persoana are o identitate, un conținut, limite, o organizare după formula unei coerențe centrale, o anumită atitudine față de sine şi de alții, însoțită de evaluarea atitudinii altora în raport cu sine, un stil al raportărilor concrete față de cei din jur. Acest complex de structuri funcționale stă la baza manifestării subiectului prin intermediul diverşilor m.p.a. şi a tuturor formelor de relaționare şi acțiune, de manifestare în raport cu lumea. În psihopatologie deficitul disfuncțional se manifestă şi în această instanță, mai circumstanțial sau mai persistent. Pot fi identificate şi comentate mai multe aspecte corelate d.d. a fiecăruia din structurile funcționale menționate.

c.1. Nestructurarea şi destructurarea coerenței centrale a sinelui. Ca unitate structurată, subiectul se percepe pe sine şi percepe pe alții ca unități structurate. El se manifestă, comunică şi acționează sintetic, coerent şi organizat. O nestructurare a sinelui în direcția unei coerențe centrale se petrece în autismul Kanner. Încă din primul an de viață, fața mamei e

percepută prin detalii nesemnificative şi nu ajunge să fie receptată ca un întreg semnificant, plasat într-un context. Şi la fel, nici ansamblul persoanei mamei, a celuilalt şi a propriei persoane, care nu ajunge să fie recunoscută în oglindă, aşa cum se petrece firesc la 1 an şi 8 luni. Deficienţa de dezvoltare a coerenţei centrale constituie, împreună cu deficitul în achiziţionarea ToM, baza patologiei autiste.

Acest deficit este comun întreg spectrului autist. El se întâlneşte, ca destructurare, în fragmentarea psihismului din schizofrenie. Incoerenţa ideo-verbală şi motivaţional comportamentală este expresia acestui d.d. El se regăseşte şi în tulburările perceptive din schizofrenie şi stă în spatele deficitului de filtru informativ, de selectare ierarhizată a informaţiilor, a semnificaţiei acestora, evidenţiată ca tulburare neurocognitivă în vulnerabilitatea celor din spectrul schizofreniei. De asemenea, o formă relaxată a deficienţei de coerenţă centrală se întâlneşte în patologia obsesivă, în care de la început s-a remarcat atenţia acordată detaliilor şi dificultatea de ordonare pregnantă şi semnificantă.

Coherenţa centrală presupune organizarea în jurul unei centralităţi a unei ierarhii ordonate. E vorba de un ansamblu ce are centru, limite şi periferie. Limitele presupun că tendinţa centrifugă e controlată. Ierarhia se organizează atât pornind de la centru spre limite, cât şi în ceea ce priveşte centrarea exterioară a realităţilor, învăluite de context. Ordinea şi ordonarea stă la baza acestei arhitectonici fiind implicată în orice manifestare sintetică.

În corelaţie cu d.d. a structurii funcţionale a coerenţei centrale se plasează şi cea a delimitării, identităţii şi ordonării sintetice.

c.2. Perturbarea limitelor sinelui. Sinele exprimă intenţionalitatea subiectului în raportarea sa faţă de lume. Dar el are şi un conţinut, care e delimitat de lumea exterioară, fapt resimţit subiectiv.

La nivel bazal, protosinele e resimțit ca „încorporat”, ca înrădăcinat în propriul trup, delimitarea sa suprapunându-se cu a acestuia. Din interioritatea corpului trăit izvorăsc pulsiunile, dorințele, intențiile, în el sunt resimțite plăcerile şi durerile. Sinele nuclear este inclus şi el în spațiul psihologic al corporalității: – ideile sunt resimțite „în cap”, dragostea „în inimă”. Apare ca pregnantă şi problema delimitării față de alții. La acest nivel sinele e caracterizat fenomenologic prin sentimentul apartenenței. Subiectul resimte că propriile intenții şi trăiri emerg din sine şi îi aparțin. Simptomatologia fenomenelor de transparență şi influență exprimă alterarea acestei delimitări. Subiectul resimte că unele acte pe care le face nu rezultă din inițiativa, din „agenția” sa; la fel, unele gânduri le identifică ca străine, cu sentimentul că nu el este autorul lor, ci i-au fost inserate. Delimitarea intimității sinelui nuclear e resimțită şi ca supraveghere a propriilor gânduri sau comentare a intențiilor sale. Halucinațiile auditive comentative au fost incluse tot în acest complex sindromatic.

Pe lângă halucinațiile comentative şi alte manifestări halucinatorii au fost interpretate ca proiecții în exterior, în lumea din afară, a unor trăiri din fondul interior. Unul din modele l-a constituit oneiroidia, halucinațiile vizuale similare visului cu ochii deschişi. Alt model îl constituie „halucinațiile funcționale”, care se petrec doar în condițiile unei percepții reale dar banale, care e încărcată cu un conținut halucinator din rezerva de reprezentări şi convingeri interioare. Acestea pot fi vizuale – după modelul paraeidoliei – auditive, gustative, olfactive, cutanate.

Perturbarea limitelor sinelui corporal se mai întâlneşte în sd. de depersonalizare, mai ales odată cu iluziile de schemă corporală. Iar vulnerabilizarea sinelui corporal e resimțită în obsesionalitate, ca sentiment al iminenței contaminării.

Disfuncţia structurii limitelor psihismului propriu se întâlneşte şi la nivelul sinelui biografic şi la nivelul persoanei.

c.3. Identitatea e o structură funcțională importantă, corelată cu coerența centrală, delimitarea şi ordonarea. La nivelul protosinelui funcționează identitatea corporală care, cu toate metamorfozele ce țin de vârstă şi îngrijire, este fundamentul subiectiv şi social al constanței sinelui, în spatele situațiilor şi interrelațiilor. Grija subiectului pentru apariția şi evaluarea corporală se manifestă disfuncțional în mai multe sindroame.

La nivelul sinelui nuclear identitatea subiectivă este baza sentimentului de continuitate a existenței, a duratei trăite; iar cea expresivă, susține caracteriologia. La nivelul sinelui metareprezentațional se manifestă identitatea biografică, care în patologie stă la baza dublei sau multiplei personalități. Subiectul îşi poate atribui variate identități biografice şi aspiră spre identitatea unui sine ideal.

La nivelul persoanei, identitatea are şi o circumscriere socială, prin nume şi actele de identificare. La acest nivel ea se afirmă şi prin stilul relaționărilor interpersonale, prin specificul conştiinței morale şi prin creativitate, prin opere.

Deficitele disfuncționale ale identității sinelui şi persoanei se conjugă cu celelalte din această clasă, manifestându-se prin diverse sd.pt.

c.4. Atitudinea față de sine şi alții în cadrul raportărilor la lume şi evaluarea acestora este o structură funcțională definitorie a persoanei, care prtin deficitul său disfuncțional acoperă o importantă zonă a patologiei.

În orice împrejurare şi de-a lungul situațiilor existențiale de amplă respirație, subiectul se poziționează într-un anumit fel față de realitatea dată, adoptă o atitutine prin care evaluează această realitate şi o interpretează, fapt ce stă la baza deciziilor şi proiectelor sale de manifestare. Principala

poziționare atitudinală se referă la propria persoană, în contextul relațiilor sale cu alții; şi la felul în care subiectul consideră că alții se raportează la el. El evaluează şi etichetează atitudinea altora, se evaluează şi se interpretează pe sine, identitatea sa, situația în care se află.

Poziționarea atitudinală menționată mai sus se manifestă, fără tematizare, odată cu intrarea în joc a diverşilor m.p.a., şi a disfuncției patologice a acestora, ca în cazul dispozițiilor afective a depresiei, maniei, anxietății, opozitivității beligerante, indiferenței. Şi la fel, în cazul preocupărilor față de sănătatea proprie, față de apariția prin manifestarea corporală sau față de interesul special pe care alții îl poartă subiectului, ca în cazul suspiciunii paranoide. Dar această poziționare atitudinală poate fi şi tematizată, mai mult sau mai puțin argumentat, direcție în care se poate ajunge la delir.

Poziționarea atitudinală este o structură funțională strâns corelată cu cea a identității şi a trăirii delimitării. În psihopatologia delirului de obicei aceste trei instanțe apar împreună ca deficitar disfuncționale. Convingerea delirantă se bazează şi se corelează cu starea de depersonalizare, cu trăirea nefamiliarității, „stranietății" unor situații, cu distorsini perceptive şi halucinații, cu fenomene de referință şi de transparență-influență. Sentimentul identității personale poate fi şi el modificat. Pe lângă aceste stări deficitar disfuncționale convergente, în delir intervine şi o judecare, o inferență anormală, ce conduce la interpretări şi evaluări distorsionate şi necorigibile. Acestea sunt formulate sau formulabile în judecăți, într-un discurs, au o „tematică". Subiectul crede anormal în această „idee". Ceea ce face specificul delirului este poziționarea atitudinală deficitară, rigidă, disfuncțională, care conține aceste idei sau convingeri aberante şi incorigibile. Delirul se desfăşoară în planul discursiv al logosului, al

narativității, zonă în care se organizează întreaga cunoaştere a subiectului despre lume.

C.5. Strategia relaționărilor interpersonale se bazează pe o structură funcțională a persoanei care se manifestă când precedentele sunt relativ conservate şi funcționale. Ea se referă la modul de raportare şi operare efectivă şi nu doar la atitudini, evaluări şi convingeri. E vorba de nivelul la care se derulează viața de zi cu zi în contextul rezolvării unor situații problematice, predominent prin implicarea relațiilor interpersonale de : dominare, manipulare, seducție, captare, supunere, evitare, ținere la distanță, ignorare etc. Deficitul disfuncțional al acestei instanțe se manifestă în tipologia tulburărilor de personalitate.

d) Deficitul de integrare. Disfuncția psihopatologică se manifestă prin perturbarea conexiunilor semnificante. Oamenii trăiesc într-o lume care îşi are specificul său uman condiționat de logosul asertiv şi de normativitatea valorilor. Omul este mobilizat de semnificații percepute şi acționează propunând, lansând semnificații în lumea sa umană. Percepția situațională e selectivă în raport cu problematica actuală, cu intenționalitatea şi structura de cunoaştere a subiectului. Dar ea este girată de o normalitate a semnificațiilor. Aceste semnificații, care au valoare cauzală, sunt înțelese de oamenii aceluiaşi limbaj şi culturi. Acțiunile umane au motive şi argumente, scopuri şi sensuri, sunt comprehensibile pentru alții. Manifestarea deficitar disfuncțională a m.p.a. rupe lanțul cauzal şi comprehensibil al semnificațiilor comportamentale şi expresiv comunicante. Acest fapt oamenii l-au intuit dintotdeauna astfel încât „nebunul" avea un loc particular în societate, chiar când nu era claustrat sau îndepărtat. Deseori el era tolerant şi ocrotit. Iar în prezent cei ce suferă de o tulburare mintală sunt ajutați, sprijiniți, tratați.

Deficitul disfuncţional al t.m. conduce la o suferinţă subiectivă particulară şi la o integrare socială insuficientă, perturbată. Prima verigă în lanţul raportărilor şi manifestărilor psihismului persoanei umane este relaţia cu celălalt, cu ceilalţi. Dezvoltarea evoluţionistă a omului a relevat caracterul esenţialmente prosocial al acesteia. Dezvoltarea ontogenetică ne dezvăluie şi ea faptul că formarea psihică se realizează printr-un lung comerţ psihic intim al copilului cu părinţii, cu adulţii ce-i îngrijesc, cu ceilalţi. Dezvoltarea ontogenetică în ansamblu se desfăşoară după liniile de forţă ale cogniţiei sociale, ale învăţării şi integrării sociale. În cazul t.m. relaţiiler interpersonale şi familiale ajung să fie perturbate, funcţionarea în roluri sociale e insuficientă sau aberantă, viaţa de zi cu zi nu se mai desfăşoară firesc iar creativitatea în plan cultural nu se împlineşte. Conexiunile semnificative se deteriorează, semnificaţiile nu mai sunt pentru cel cu tulburare mintală aceleaşi ca pentru toţi cei din jur. În raport cu manifestarea decontextualizată şi neintegrarea socio-comunitară a cazului psihopatologic, cei din jur – relativii, familia, comunitatea – reacţionează spontan, atât în sens negativ cât şi pozitiv. Negativ prin distanţare, rejecţie, stigmatizare, alienare. Pozitiv prin toleranţă, îngrijire, susţinere. La acestea se adaugă apoi reacţia instanţelor medico-sociale, a instituţiilor ce reprezintă practicile umane. Dincolo de atitudinile şi etichetările psihologiei populare, există atitudini şi etichetări din partea instituţiilor oficiale, în ultimul timp medico-psihiatrice.

Deficienţa de integrare socială are însă şi ea gradele ei. Zona, „marginalităţii sociale” şi cea a „problemelor de adaptare” la stresurile existenţei, este o zonă intermediară, care nu poate fi în întregime etichetată ca tulburare mintală, conform normelor oficiale şi a definiţiilor din s.n.n. publice. Ceea ce nu înseamnă că cei ce se preocupă de psihopatologie nu

trebuie să aibă în vedere şi această cazuistică. Precum şi articularea cu întreaga problematică a suferinței, a tendinței spre dispersie, a anormalității şi minusului psihologic al existenței umane ce stă la baza t.m. nu apare, în specificitatea ei, ca un fenomen brusc, ca un accident, ca de exemplu în cazul în care un om îşi pierde un picior. Dacă se acceptă ideea unei etiopatogenii care se bazează pe vulnerabilitate, în joc este un proces care se desfăşoară în timp. Şi în cursul căruia psihismul persoanei reacționează şi el, alături şi împreună cu ambianța, față de ceea ce se petrece. În această direcție s-au dezvoltat şi se vor dezvolta şi în viitor importante modele interpretative ale psihopatologiei.

Deficiența dezadaptativă

Tulburarea mintală, ca realitate nemijlocită şi prezentă spontan în lumea oamenilor, precum şi ca realitate mijlocită, mediată de ştiința psihopatologiei clinice şi de practica instituțională psihiatrică, este o parte a condiției umane. Este absurd să se urmărească eradicarea acestui pol al umanului. Ceea ce nu înseamnă că nu putem, printr-o mai bună cunoaştere şi prin eforturi continui, să reducem suferința şi intensitatea acestui minus antropologic natural.

*

* *

e) Psihopatologia clinică în viitor

Omul s-a structurat pe parcursul unei evoluții de peste 2 milioane ani ca o ființă socială, cu un „creier social", cu o organizare psihologică ce o dezvoltă pe cea biologică centrându-se pe un ax al sinelui reflexiv şi al persoanei responsabile. Acest ax vertebrează subiectivitatea conştientă a persoanei ce se afirmă în lumea umană supraindividuală, organizată prin

practicile instituționalizate şi dimensionată prin logosul asertiv critic, ce impune universul teoreticului, în care viețuiesc miturile, eroii de narațiuni, teoriile ştiințifice. Vizarea transcendenței încununează această arhitectură dinamică a antroposului, organizat după anumite linii de forță transcedentale. Prin selecția naturală a milioane de ani, s-au fixat o serie de modúle psihice adaptative pe care individul le actualizează în ontogeneză, beneficiind şi de toate învățările şi stimulările pe care i le oferă lumea umană cu care e contemporan. Acestea îi permit să se adapteze, să se afirme, să se autocreeze şi să modifice lumea. Variantele deficitare ale psihismului în care modulii psihici adaptativi se manifestă disfuncțional, exprimă extremitatea de minus a antroposului. Ultimii 10.000 ani în care omul s-a manifestat ca un cultivator aşezat în localități, om ce a inventat apoi scrisul şi multe alte tehnologii ale logosului şi muncii, au condus la un profil mai determinat şi nuanțat a acestui psihism, inclusiv în perspectiva relaționărilor interpesonal sociale, cuprinse în anumite ierarhii şi plasate la diverse distanțe psihologice.

Peste 1000 ani de ideologie iudeo-creştină au accentuat la omul european perspectiva subiectivității conştiente şi polarizarea intim public a psihismului. Psihopatologia clinică ce s-a format în sec. XIX şi XX a întâlnit perturbarea psihismului acestui om, inițial în varianta cazurilor preselecționate prin internarea prelungită în azile. Apoi, stările psihopatologice au fost recunoscute în viața de zi cu zi, terminând în zilele noastre prin a fi înțelese într-o perspectivă evoluționistă şi developmentală, ca manifestându-se la indivizi care participă - în felul lor disfuncțional - la viața nişei ecologice umane în care există. Pe aceste coordonate se înscrie în prezent psihopatologia clinică.

Dar în spatele moştenirii şi a prezentului, lumea umană se află în plină metamorfoză accelerată. Omul european al subiectivimului intim şi

persoanei responsabile face loc unui om ce tinde să se manifeste cât mai spontan, asertiv, circumstanțial şi pragmatic. Modelul actual al familiei, educației, locuirii, muncii, comunicării sociale, organizării, intimității, nu mai favorizează cultivarea aceleiaşi formule de polarizare între intim şi public ca cele tradiționale. Şi nici o prea mare constantă strcuturală a virtuților caracteriale constante ale persoanei, care să vizeze o transcedență imobilă. Într-o perioadă care e greu de precizat actualul stil de viață va modifica coordonatele clasice ale psihismului individului uman, aşa cum se structuraseră ele în vremea modernității Europei. Psihopatologia, atât cea care se manifestă spontan cât şi cea care este lecturată de specialiştii instituțiilor de profil, va urma nu numai cursul propriului progres de cunoaştere ci şi pe cel al caracteristicilor psihologice ale indivizilor şi ale lumii umane în care ei există. Şi pe care, parțial, o determină.

Psihopatologia clinică a următoarelor decenii are în față această problematică.

ANEXE

Anexa I

Scheme ale organizării psihismului persoanei

Psihopatologia are semnificație prin referința la psihismul normal. Dar semiologia psihopatologică nu se poate referi la o concepție simplă şi coerentă a acestui psihism deoarece ştiința psihologiei îl abordează din foarte multe şi variate unghiuri. Chiar psihologia persoanei e lecturată după multiple doctrine şi metodologii. Nici nu e de aşteptat ca psihologia umană să structureze o concepție unitară, validă şi agreată de majoritatea specialiştilor, care să fie un referențial ferm pentru psihopatologie. În aceste condiții ceea ce se poate face este de a contura câteva scheme generale, orientative, care să susțină comentariul asupra sindroamelor şi simptomelor psihopatologice şi să oreinteze plasarea eventuală a acestor sindroame.

*

* *

Prima schemă pe care o prezentăm diferențiază în funcționarea psihismului uman o zonă a identității sinelui, alta a relaționărilor interpersonal sociale şi una a acțiunii productive. Se presupune desigur că existența persoanei se desfăşoară în interiorul lumii, în cadrul unei lumi umane date şi a unei lumi biofizice.

Tabel XXXII

Diferențierea psihismului uman în perspectiva a trei zone (posibile zone de plasare a sd.pt.)

LUMEA UMANĂ		LUMEA UMANĂ
C	A	B
Zona acțiunii productive	Zona identității sinelui şi persoanei conştiente	Zona relaționării interpersonal sociale
	persoană	
temporalitate mentală trecut, prezent, viitor perioade psihoexistențiale de diverse dimensiuni; durata biografică	sine autonoetic meta reprezentațional sine biografic	spațialitate mentală şi socială; distanțe psihosociale: intim, familial, oficial, impersonal
biopsihoritmuri antropocosmice; durata ontogenezei şi a ciclurilor vieții;	sine nuclear sine încorporat (protosine)	spațialitate biologică, locuință, relativi familie
	psihism biologic	
temporalitate fizică	corporalitate biologică	spațialitate
fizică		
LUME BIOFIZICĂ		LUME BIOFIZICĂ

Această schemă indică faptul că identitatea sinelui şi persoanei se bazează pe corporalitatea biologică şi pe psihismul biologic. Axul său, sinele ("self"-ul în limbajul anglo-saxon) are mai multe nivele : protosinele sau sinele încorporat şi resimțit ca şi „corp trăit"(„leib" în germană, „lived body" în engleză); sinele nuclear care asigură sentimentul originării din sine şi apartenenței la sine a trăirilor; şi care este suportul „mentalizării", a atribuirii de stări mentale diverse altor persoane şi sieşi; sinele autobiografic, metareprezentațional şi autonoetic, care permite raportarea şi relatările despre sine, asigură sentimentul identității transsituaționale, stima de sine şi idealul de sine. Şi în sfârşit nivelul persoanei, care se manifestă şi e identificată social prin statute şi roluri, nume şi acte de identitate, manifestări publice şi creații. Instanță ce se oferă redactării de biografii, cea în care se manifestă conştiința morală şi creativitatea cultural valorică. Toate aceste elemente de identitate, care au fațete subiective, intersubiective, interpersonale şi obiective, se regăsesc în variante psihopatologice. Zona sinelui şi a identității este cea din care emerge intenționalitatea, cea de la care şi prin care se realizează relaționările interpersonale, ca atitudini şi raportări. Precum şi acțiunile.

Zona acțiunii, în specificul său uman, reformulează modelele comportamentale ale animalelor. Acțiunea are un obiectiv şi de obicei o semnificație, presupune un proiect, o decizie, un comportament efectiv şi o finalizare. Iar deseori rezultă şi un produs. Pentru om acțiunile sunt ordonate de norme şi valori. Atât în biologie cât şi în plan uman, comportamentul implică spațio-temporalitatea. Aceasta are în primul rând caracteristici fizice. Omul acționează şi el în spațiul fizic; vizând distanțe ce se întind de la suprafața corpului său în exterior; şi utilizându-şi corpul ca instrument. În

acțiune e implicat şi timpul fizic al ceasornicelor. Există însă şi o temporalitate specifică psihismului personal, minții. Pentru fiecare om există un timp prezent, de dimensiuni fizice variate, în care el se raportează activ şi efectiv la ambianță, la lume; timp care susține „situația (problematică) actuală" în care el e angajat. În raport cu acest prezent, pentru subiect există şi un trecut rememorabil şi un viitor proiectat, imaginat. Distorsiunea temporalității trăite se află în centrul unor sindroame psihopatologice ca anxietatea, depresia, mania. Dar ea e prezentă în majoritatea sindroamelor, de la obsesie şi impulsivitate la delir. Temporalitatea specific umană are însă şi alte perspective. Dincolo de prezentul imediat, subiectul e angrenat în proiecte sau în rezolvarea de situații problematice de durată mai lungă sau medie. Cât timp acestea sunt în desfăşurare ele sunt susținute de un suport temporal. Mai largi decât acestea sunt perioadele de desfăşurare ale ciclurilor vieții, care au şi repere temporale exterioare. De ex. pregătirea unor examene, un an de studiu, curtarea şi realizarea unei căsătorii. Se configurează astfel linii paralele şi ierarhizate ale temporalității existenței personale. Iar în spatele tuturor acestora se plasează durata biografică, ca zonă a temporalitătii ce susține identitatea persoanei.

Temporalitatea specifică psihismului uman a fost comentată mai sus pornind de la zona acțiunii; deşi ea e în mod egal prezentă şi în zona relaționărilor interpersonal sociale. De fapt toate cele trei zone menționate se intersectează.

Pe lângă temporalitatea fizică a ceasornicelor şi cea specifică persoanei menționate mai sus, omul se împărtăşeşte şi dintr-o temporalitate biologică, dat fiind faptul că e şi un animal. Aceasta se configurează prin durata vieții, prin ciclurile maturări, vârstei adulte, ale reproducției şi îmbătrânirii. Iar apoi prin variate bio-psihoritmuri, de la cele infradiene la

ciclul somn-veghe, ciclul menstrual şi alte bio-psiho-ritmuri, care stau în mare măsură la baza psihoritmicității existenței persoanei. Aceasta, e impregnată însă şi de ritmuri antropologice, cum ar fi cele ale sărbătorilor, ale muncii şi vacanțelor.

Zona relaționării interpersonal-sociale este esențială pentru om. Desigur, schema relațiilor dintre indivizi e amprentată de biologie, de necesitatea reproducerii; fapt ce susține căutarea partenerului, acuplarea, structurarea familiei, îngrijirea şi educarea copiilor. La om în această zonă se desfăşoară şi îndrăgostirea, dragostea. Asocierea în grupuri pentru obținerea surselor de supraviețuire este şi ea o moştenire biologică.

Dacă e să comentăm din această perspectivă spațialitatea, atunci pe lângă spațiul fizic întâlnim spațiul locuirii – al cuibului – şi teritoriul propriu familiei sau grupului, gospodăria. Locuința e toposul unde se nasc şi sunt îngrijiți copiii, locul ce reuneşte familia. La om necesitatea acestui spațiu intim şi sigur se păstrează, iar agorafobia apare ca o distorsiune a anxietății ce se instituie la îndepărtarea de locul protejat.

În zona relaționării interpersonale poate fi comentată mai bine spațialitatea specific umană. Ea se desfăşoară între zona intimității subiectului, a secretului său personal şi zona publică, a măştii sociale. Între aceşti poli unele persoane sunt mai apropiate sufleteşte, altele mai îndepărtate. Există o zonă a cunoştințelor oficiale precum şi una extremă, a persoanelor care sunt pentru subiect indiferente (sunt oricine, „nimeni”). La celălalt pol sunt cunoştințele mai apropiate, persoanele familiale şi cele intime, cu care împărtăşim secretele personale. Pe această diagramă intim public se desfăşoară şi procese în timp, unele persoane se îndepărtează – sau sunt îndepărtate – de subiect, altele se aproie, uneori până la fuziune şi interpătrunderea dragostei. Relația de ataşament este una specială, în care

subiectul se identifică cu celălalt şi îl încorporează în sufletul său. Fapt care îi sporeşte siguranţa. Întreaga această dimensiune antropologică a distanţelor interpersonal sociale este clar exprimată prin deficienţele şi distorsiunile sale în stările psihopatologice, mai ales în direcţia paranoidiei.

Dată fiind importanţa pentru psihopatologie a dinamicii distanţelor intepersonale, rezumăm şi această problematică într-o schemă:

Tabel XXXIII

Distanțele psihologice în relaționările interpersonale

pol al manifestărilor publice

sinele public

zona publică impersonală în care „celălalt" e indiferent pentru subiect, e un „oricine"	persoana indiferentă
zona publică a relaționărilor circumstanțiale	relații de contact social circumstanțial
zona public oficială	relații cu alții oficiale, stabilite prin norme, prin statute şi roluri sociale
zona cunoştințelor	
zona familiarității	intimitate, convietuire, co-participare la viața celuilalt
zona secretelor împărtăşite cu persoanele intime (relații duale)	
zona secretului personal intim	legături foarte apropiate, interpătrundere, dragoste, prietenie

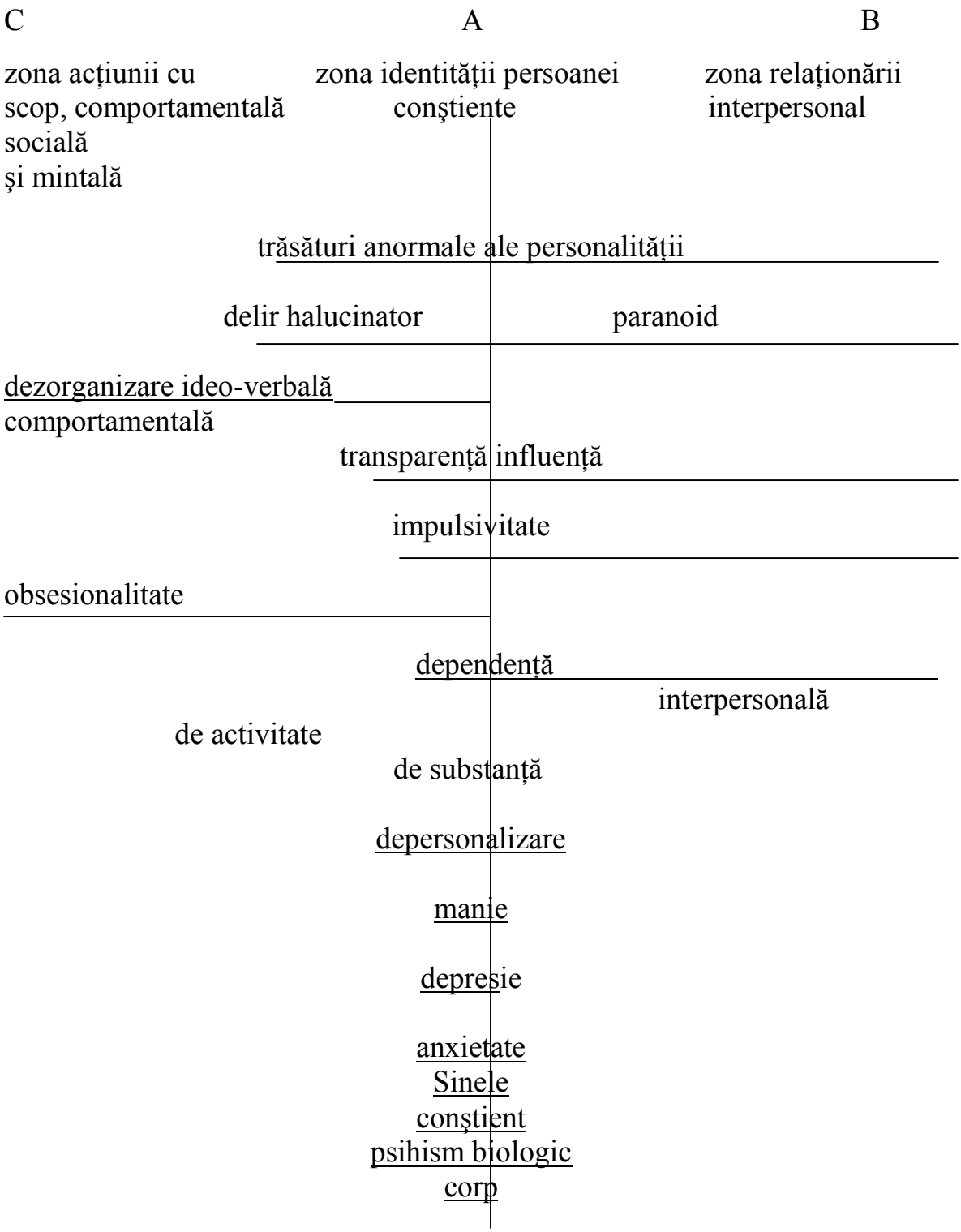
Sinele intim

pol al intimității

Prezentăm şi o sugestie de plasare a sindroamelor psihopatologice în raport cu cele două scheme sugerate mai înainte, adică manifestarea lor preponderentă în zonele A, B şi C.

Posibilă plasare sistematică a sindroamelor psihopatologice în raport cu zone ale psihismului persoanei

Figura XXXIV



Ca reper pentru abordarea şi interpretarea sindroamelor psihopatologice mai prezentăm o schemă, de data aceasta cu mai multe noțiuni generale:

Tabel XXXV

LUME UMANA		LUME UMANA
	Identitatea persoanei	
aria acțiunii		aria relaționării interpersonal sociale
	sinteză structurare ierarhică autocontrol	
	libertate	
spațio-temporalitate	concepția despre lume judecare evaluare	spațio-temporalitate
antropologică	reprezentare simbolică a lumii	antropologică
	percepție convingere	
biologică	semnificații	biologică
fizică	cunoaştere	fizică
	ordonare	
	aderență	
	ataşament	
	dispoziție afectivă (poziționare atitudinală) mentalizare delimitare motivație	
	intenționalitate	
LUME FIZICO BIOLOGICA		LUME FIZICO BIOLOGICA

Elementele schemei de mai sus sunt plasate pe axul identității persoanei şi a sinelui.

Referința bazală e la intenționalitate, care e un concept bazal al cognitivismului actual şi unul tradițional al fenomenologiei. Orice trăire psihică, conştientă sau nu, se referă la „ceva" („aboutnis" în engleză); iar prin aceasta țintește „lumea". Intenționalitatea dinamizează şi motivează persoana, venind în întâmpinarea solicitărilor lumii la care subiectul se raportează şi asupra căreia acționează. Pe de altă parte, subiectul se resimte ca delimitat psihic. El simte în permanență că toate trăirile sale „îi aparțin" şi sunt distincte de trăirile, intențiile, deciziile şi acțiunile altui sine, ale altei persoane, ale altei minți. Aceasta este funcția sinelui nuclear şi baza unei funcții esențiale a psihismului uman care e cea de „mentalizare", de atribuire de stări mentale altora şi sie-şi. Această delimitare de sine fundamentală, se regăseşte la toate nivelele sinelui, de la protosine la sinele nuclear, biografic şi cel autonoetic; precum şi în instanța persoanei. În perspectiva biografiei, delimitarea se umple de un conținut informațional cultural ce se structurează prin procesul de „individuație" comentat de Jung. Delimitarea subiectului, a sinelui, la nivelul persoanei are alte caracteristici decât delimitarea bazală a sinelui corporal; şi cea de la nivelul sinelui nuclear. Ea presupune acum şi dimensionarea subiectului prin rețeaua socială, prin cele făcute şi avute, prin creativitatea personală, prin operă. La acest nivel se poate manifesta zgârcenia şi colecționarismul.

O bună delimitare a sinelui de alții şi de lume presupune o deschidere şi interrelaționare funcțională cu aceste instanțe. Inclusiv ataşamentul, interpătrunderea şi încorporarea celuilalt în „sineitatea" proprie. Precum şi structurarea adecvată şi flexibilă a distanțelor sociale. Pentru a exista în mod normal şi firesc, omul trebuie să fie aderent de lume; de alții, de sine, de

lume în general. Apoi, atât pentru acțiune cât şi pentru raportare şi cunoaştere, lumea trebuie să fie ordonată într-un fel. Ordine şi ordonare ce există efectiv în lume. Dar care pentru subiect se realizează şi printr-un proces propriu de ordonare, care îl preocupă mult pe obsesiv. Raportarea la lume se face pe baza unei cunoaşteri ce se îmbogățeşte şi se metamorfozează mereu. Cunoaştere generală, cunoaştere a lumii umane proprii subiectului, cunoaştere a altora şi cunoaştere de sine. Această cunoaştere este ordonată după limitele de forță ale unor opinii şi convingeri. Ea se desfăşoară în interiorul lumii umane ce e dimensionată prin logos (limbaj asertiv, sisteme semiotice) prin discursuri, narațiuni teoretice, teorii ştiințifice, care operează cu semnificații. Cunoaşterea structurată a persoanei stă în spatele raportărilor sale actuale, situaționale, la lumea prezentă acum şi aici. Contactul cu elementele situației date se realizează prin sinteza informativă a percepției. Percepția are ca punct de plecare propriul sine, cu intenționalitatea şi aderența sa. Perceperea fizică a situației se raportează spațial la sinele corporal. Perceperea altor persoane, ce include şi procesul de mentalizare, precum şi a semnificației relaționale a acestora în situație, are ca reper sinele nuclear. Trăirea activă a situațiilor în care e angajată o persoană nu e punctiformă, ci se organizează spațio-temporal în raport cu obiectivul, cu situația sau situațiile problematice în care subiectul e angajat. Concomitent, persoana e angajată în situații problematice de diverse dimensiuni temporale. Perceperea informațiilor actuale are semnificație prin încadrarea lor în problematica unei situații pe care subiectul o vizează în circumstanțele date. Ansamblul evenimentului trăit circumstanțial e inclus în textura de semnificații comune lumii umane a persoanei. Unele semnificații ale lumii perceptibile se pot impune, în anumite situații, în mod special şi activ subiectului. Oricum, subiectul interpretează şi evaluează constant

semnificațiile percepute. În psihopatologie, trăirea semnificațiilor percepute e un aspect deosebit de important în dinamica delirului.

În contextul intenționalității, a deschiderii spre lume şi a aderenței la aceasta, a cunoaşterii şi angajării subiectului în situații problematice, el se poziționează într-un anumit fel față de semnificațiile situației şi a raportărilor sale la alții şi la sine. Dispozițiile afective – de tip anxios, euforic, depresiv, iritabil, apatic – exprimă atitudinea de ansamblu a subiectului față de situație, alții, sine şi lume. Dispoziția afectivă exprimă în primă instanță autoevaluarea de sine în cadrul raportării. Dar şi atitudinea față de alții, expectațiile din partea acestora, opiniile privitoare la atitudinea lor față de sine. Poziționarea atitudinală e trăită în cadrul dispozițiilor afective nemijlocit, nefiind de la început formulată în discursivitatea logosului, ca narativitate. Dar ea mobilizează subiectul, îi determină comportamentul. Trecând prin instanța cunoaşterii discursive, a prelucrării semnificațiilor şi a evaluării pe care o realizează judecarea, subiectul ajunge să interpreteze diverse aspecte ale raportării sale la lume, la alții şi la sine. Această interpretare discursivă – formulabilă narativ dar nu neapărat şi formulată astfel – se centrează de obicei tematic pe o „idee”; iar aceste teme, aceste idei, orientează şi argumentează acțiunea, organizarea unor situații problematice care preocupă subiectul un timp mai îndelungat. Problematica delirului se cantonează la acest nivel.

Problema libertății este inevitabilă în cadrul psihismului uman. Termenul de libertate e plurisemic. Pentru perspectiva psihopatologiei se menționează la acest nivel mai ales trei aspecte, plasate la diverse nivele ale sinelui. În primul rând e de semnalat sentimentul libertății subiectului de a-şi păstra pentru sine zona secretului personal şi al deciziei ultime; fapt perturbat în fenomenele de transparență influență. În al doilea rând e de

menţionat prezumţia libertăţii în decizie, acţiune şi autocontrol, aspect corelat evaluării consecinţelor actelor proprii, discernământului. Discernământul implică nivelul superior al sinelui, cel articulat de instanţa persoanei sociale. Modificarea sa în psihopatologie ţine de problematica psihiatriei judiciare. În sfârşit, există o libertate a subiectului de a se orienta în raport cu problemele pe care le relevă situaţiile în care e implicat. În stările psihopatologice trăirea subiectului e monopolizată de unele manifestări pe care subiectul însăşi nu le poate îndepărta.

*

* *

Psihismul specific animalelor este întru totul prezent la om dar în multe zone reorganizat şi redimensionat, reformulat. El se regăseşte mai pregnant în trei direcţii:

- Oscilaţia circadiană între veghe somn şi în general bio-psihoritmicitatea. Starea de veghe a omului este însă un suport pentru afirmarea sinelui nuclear şi autonoetic, a conştiinţei persoanei responsabile ce se orientează cu discernământ, după norme şi valori. Ceea ce nu e cazul la animale.

- Funcţiile psihologice cognitive, dinamizante, motivaţionale şi comportamentale, se bazează pe modele biologice. Atenţia, percepţia, memoria, emoţiile, comunicarea expresivă, etc., toate au o serioasă dezvoltare la animale. Dar la om ele au şi multe aspecte specifice. Acum atenţia nu se referă doar la selectarea şi ierarhizarea informaţiilor situaţionale ci şi la atenţia acordată unei persoane de-a lungul unei perioade îndelungate de timp; sau la atenţia acordată unei probleme, unei idei.

În plan instinctiv omul se comportă parţial ca şi animalele, cel puţin până la un anumit nivel. Erotismul şi nevoia de alimentare sunt importanţi

factori motivaționali şi pentru persoane. Un model biologic se regăseşte în comportamentele sociale complexe care vizează întemeierea familiei, construirea locuinței, îngrijirea copiilor. Mare parte din modelele comportamentele biologice sunt însă acum reformulate într-un limbaj cultural.

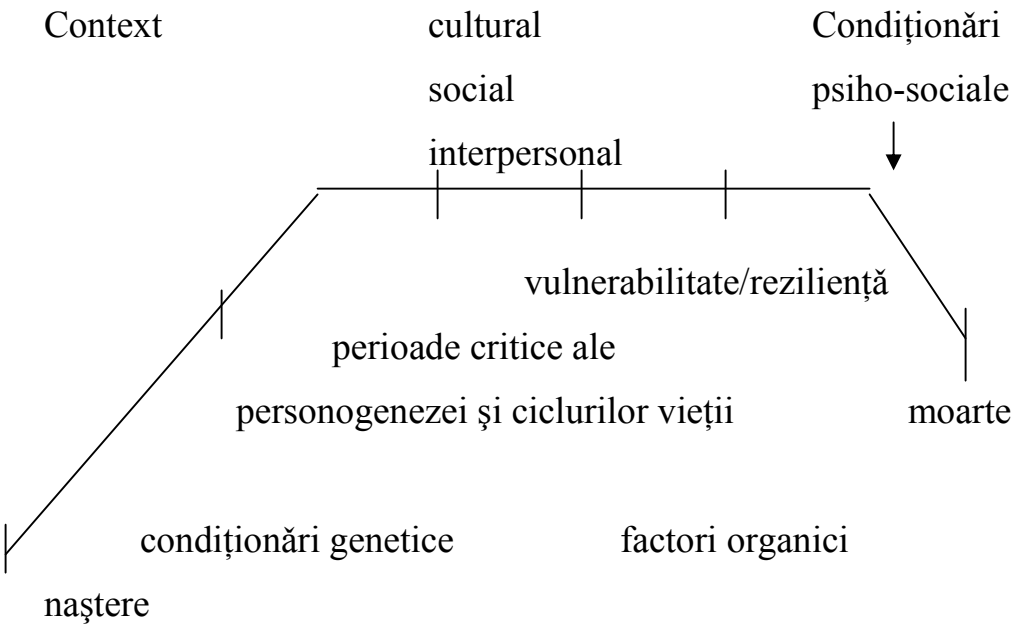
*

* *

O problemă ce se cere constant conştientizată în abordarea psihismului uman este aspectul dinamic sincron şi diacron. Viața fiecărui om are o condiționare genetică, şi o dezvoltare corporal cerebrală. El se formează şi se afirmă însă într-un mediu specific uman, prin relații interpersonal sociale, în contextul unei culturi dimensionate prin logos. Condiționarea şi manifestarea stărilor psihopatologice se realizează în acest context, în permanentă întrețesere cu desfăşurarea normală a vieții psihice, aşa cum subliniază p.pt.d. Se vor prezenta două scheme în această direcție.

Figura XXXVI

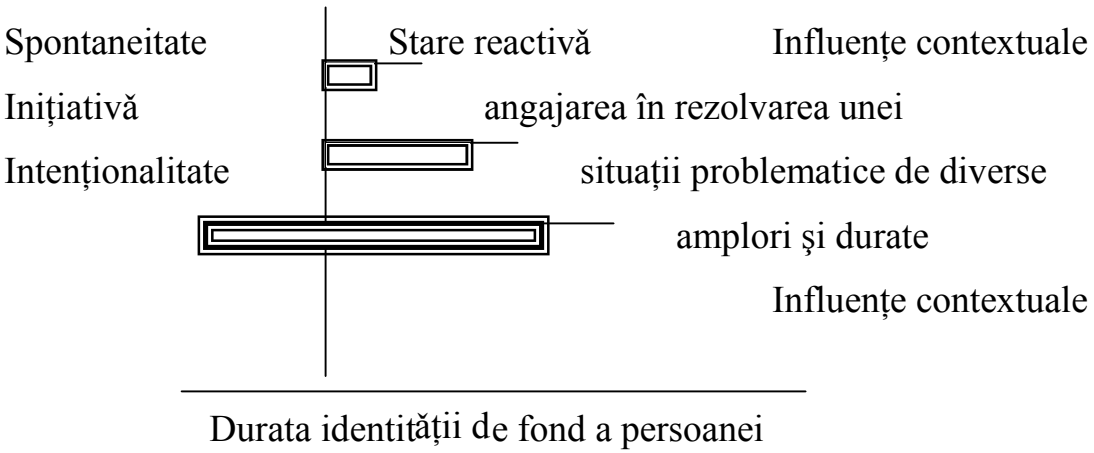
Desfăşurarea diacronă a vieții psihice a persoanei



Pe lângă marile perioade şi cicluri ale vieţii sunt de luat în consi derare şi variate biopsihoritmuri antropocosmice. Întreg ansamblul participă la condiţionarea vulnerabilităţii şi le aparţin stărilor psihopatologice prin deficit, desimplicare, simplificare, destructurare.

Figura XXXVII

Manifestări sincrone ale psihismului



Subiectul este în permanenţă implicat în – şi participă la rezolvarea mai multor situaţii problematice de diverse amplori, în care se angajează cu scop şi sens. Faptul îl plasează pe diverse orbite temporale, în fundal fiind durata identităţii biografice. În cadrul acestor manifestări active se conjugă intenţinalitatea şi spontaneitatea subiectului cu influenţele ce vin din partea altora sau sunt generate de semnificaţia situaţiei.

Subiectul se angajează în situaţiile de care aderă cu „instrumentele" psihice de acţiune şi raportare pe care le are : abilităţi, capacităţi, competenţe, moduli psihici adaptativi. Aceste „instrumente" intră în joc mobilizând un conţinut, adică cunoştinţele asimilate, încorporate de subiect,

faptul permițând interpătrunderea cu situația; şi apoi, se îmbogățeşte prin depăşirea situației.

Prezentarea schematică din prezenta anexă se vrea doar un demers euristic care să permită o lecură a psihopatologiei clinice mai comprehensivă decât cea care rezultă din utilizarea listelor de simptome ale unui sindrom clinic semnificativ.

Anexa II

Trăiri normale şi patologice în perspectivă antropologică

1. Aria anxietății; 2. Depresia, euforia şi dispozițiile afective; 3. Cooperare, suspiciune şi paranoidie; 4.Convingerile, percepția şi delirul; 5. Sinteza psihică, coerența centrală şi dezorganizarea

Simptomele şi sindroamele psihopatologice au la bază manifestarea deficitar disfuncțională a psihismului normal, înțeles în perspectiva unor unități de manifestare cu sens adaptativ (module, complexe şi arii modulare) şi a structurii axiale a sinelui. Corelația dintre psihopatologie şi normalitatea psihică e utilă, pentru a se circumscrie cât mai adecvat domeniul perturbat.

O serie de noțiuni din psihologie şi psihopatologie sunt plurisemice şi/sau acoperă zone de realitate variate. În continuare se vor face unele comentarii atât în ceea ce priveşte noțiunile (termenii, conceptele) cât şi realitățile fenomenologice la care se referă câteva din acestea. Psihopatologia se bazează pe înțelegerea şi interpretarea psihismului normal. Dar, la rândul ei provoacă la a se acorda atenția cuvenită unor aspecte antropologice a căror disfuncție o exprimă. Un consens general asupra termenilor utilizați nu există şi nici nu e posibil. Dar jocurile de limbaj, analizele şi opțiunile sunt posibile, chiar inevitabile.

1. Aria anxietății

Anxietatea umană în continuitatea celei din biologie, are o arie de manifestări în normalitate, care se regăsesc în variante psihopatologice. Se pot menționa:

a) Alerta în fața necunoscutului posibil periculos;

b) Reacţia paroxistică în faţa unui stimul apărut brusc şi recepţionat ca iminent periculos căruia subiectul resimte că nu-i mai poate face faţă.

La acest nivel anxietatea de fond sau paroxistică poate fi corelată nivelului de certitudine a prezenţei pericolului dar şi presupoziţiei prezenţei sale în viitorul apropiat, semnalat prin diverşi indici. Sentimentul că pericolul e clar prezent ar putea fi etichetat ca frică, spaimă, groază sau panică, trăită în direct, însoţind derularea evenimentelor. Sentimentul negativ fundamental e cel al dispariţiei, al morţii iminente, resimţit de obicei ca anihilare corporală. Angajarea în rezolvarea de probleme periculoase, inclusiv lupta combativă cu agresorul, nu anulează trăirea acută din seria anxietate-fobie, deoarece mult timp deznodământul rămâne deschis. Animalul şi soldatul în luptă, omul angajat într-o acţiune riscantă, au tot timpul, până la finalul acţiunii, această trăire. În mod esenţial anxietatea e o trăire intens emotivă şi hipervigilă, în tensiune de aşteptare exploratorie, cu resimţirea unui prezent deschis spre un viitor imediat, periculos. Implicarea corporalităţii e definitorie.

Din trăirea anxietăţii face parte şi sentimentul subiectului că s-ar putea să nu facă faţă pericolului, că nu are mijloacele necesare să se salveze, că nu se poate sprijini pe sine. El explică factorul antianxiogen al relaţiei cu o persoană puternică şi a credinţei în Dumnezeu.

Semnificaţia pericolului vital e fundamentală. Ea e definită în biologie genetic. La om ea are multiple condiţionări, perspectiva morţii fiind trimiterea ultimă.

Trăirea anxietăţii presupune, la animal şi om, anumite mecanisme care subeictul poate fi mai mult sau mai puţin conştient.

c) Îngrijorarea e corelată cu preocuparea imaginativ reprezentativă față de evenimente nefavorabile ce ar putea să se întâmple subiectului şi celor apropiați, lucrurilor din lumea de care subiectul e ataşat, la care ține, care fac parte din dimensionarea sa existențială. Îngrijorarea e legată, la fel ca toate trăirile anxioase de viitorul apropiat. Ea constă într-o aşteptare încordată, tensionată, ruminativă, care absoarbe preocupările subiectului, Se poate manifesta ca aşteptarea anxioasă a eventualității de a se produce un atac de panică, o stare generală de rău, un rău corporal ce duce la moarte, o catastrofă, un eveniment dramatic. Îngrijorarea se manifestă şi în raport cu un eveniment proiectat, legată de eventualitatea desfăşurării nefavorabile a acestuia. Ea ar putea fi plasată în zona dintre alerta netematică şi frica tematizată. Anxietatea de sănătate ia deseori această formă.

d) Frica este prin definiție o trăire tematizată şi precizată mundan, ca temă, loc, timp, modalitate. Astfel încât, față de situațiile fobogene se pot desfăşura conduite de evitare şi asigurare. Ea implică cunoaşterea şi reprezentarea lumii, nivelul metareprezentațional al psihismului, al sinelui. Trăirile de tip frică se combină variat cu toate celelalte din aria anxietății. La acest nivel se plasează fobiile din psihopatologie, inclusiv agorafobia.

e) Nesiguranța ce conduce la hipercontrol şi verificare exagerată e o modalitate de trăire în principiu distinctă de celelalte menționate. La fel ca în cazul alertei, subiectul trăieşte o incertitudine. Dar nu în ceea ce priveşte un eventual pericol, ci privitor la insuficiența reperelor şi punctelor de sprijin care să asigure succesul acțiunii. La o extremă ea se poate apropia de alerta pe care o trăieşte oricine într-un mediu necunoscut. Dar nesiguranța se extinde şi în zona proiectelor de acțiune elaborate şi puse în lucru de însăşi subiect, corelate cu realitatea sau cu sentimentul că acțiunea nu poate fi suficient controlată, că „îi scapă de sub control”. Tendința exagerată de

control se extinde şi asupra elementelor ambianței, deoarece acțiunea depinde de parametrii aceteia. Nesiguranța cu hipercontrol şi verificare este puntea dintre nucleul ariei anxioase şi zona obsesionalității.

f) Neîncrederea suspicioasă se desfăşoară în aria relaționărilor interpersonale, exprimând trăirea unei aşteptări ca o persoană ce se apropie de subiect să aibă intenții nefavorabile. Trăirea alertei senzitiv relaționale e precursoarea acestei stări. Neîncrederea potențează nesiguranța pe când relația cu o „persoană de încredere" reduce nesiguranța şi în general toate trăirile din aria anxioasă. Aceasta este valența pozitivă a relației de ataşament sigure.

g) Nesiguranța de sine şi neîncrederea în sine e de obicei diferențiată ca un aspect special, deşi e strâns corelată cu nesiguranța în acțiune şi în relaționare. Certitudinea informațională externă nu ajută şi deseori nici încrederea în alții. Fenomenul rezultă dintr-o autoevaluare directă, cu sentimentul unui deficit intrisec a capacităților şi mijloacelor necesare unei acțiuni şi relaționări eficiente în diverse situații. Şi mai ales în situații noi, neprevăzute, care solicită subiectul să se afirme, să se aserteze. Ea stă şi în spatele unor trăiri ca anxietatea socială şi a predispoziției pentru trăiri senzitiv relaționale.

Anxietatea ce rezultă din conflictul intrapsihic, din dezacordul subiectului cu sine, exprimă alături de neîncredere, slăbiciunea acestuia. Pericolul izvorăşte acum chiar din interioritatea sa.

Nesiguranța şi neîncrederea se existând în zona metareprezentațională a psihismului.

h) Crisparea rigidă pe ordine poate fi plasată şi ea în aria trăirilor anxioase ca o schiță de compensare a nesiguranței, neîncrederii şi incertitudinii. Ordinea este un concept larg, care nu se reduce la ordinea

spațială din ambianță ci se exprimă şi în ordinea ce subtinde desfăşurarea acțiunii, relaționările sociale şi întreaga existență a subiectului. Trăirea unei amenințări cu dezordinea, iminența acesteia, e anxiogenă. Dacă subiectul tinde să alunece din ordinea existenței sale, el intră de obicei în alertă anxioasă, la fel ca în fața necunoscutului. De aceea, accentuarea aspectelor formale ale ordinii, nu numai a celei ambiental spațiale, poate fi trăită ca o crispare anxioasă, în fața amenințării dezordinii, a haosului.

Certitudinea delirantă este antianxiogenă dând subiectului siguranță împotriva posibilului periculos şi reducând dezordinea nefamiliarității cu lumea, pe care o introduce dispoziția delirantă şi trăirea fenomenelor de referință.

i) Nefamiliaritatea cu ambianța poate fi şi ea anxiogenă. Când animalul sau omul explorează teritorii noi el intră în alertă, deoarece în zonele necunoscute pot apare pericole care sunt greu controlabile. Pentru om perceperea ambianței ca nefamiliară, ca stranie, ciudată, neobişnuită, se poate manifesta în unele stări psihopatologice cum este sd. de derealizare, dispoziția delirantă şi fenomenele de referință, cazuri în care se petrece o destructurare a raportării subiectului la ambianță.

i) Angoasa căderii interioare înspre moarte, înspre neființă, poate fi comentată separat, deşi parțial ea se suprapune sau se intersectează cu spaima şi teroarea ocazionată de amenințări exterioare. Locul comun psihopatologic este atacul de panică. Acum nu e însă în discuție un pericol exterior ci însăşi finitudinea vieții personale, ce ce termină cu moartea. Desigur, aceasta e condiționată sau imputabilă de obicei bolilor, care se petrec în exterioritatea lumească a trupului biologic. Oprirea inimii sau blocarea respirației semnifică moartea. Totuşi pentru om tema morții are o semnificație specială, pe care religiile şi filosofii au comentat-o. Abordarea

angoasei de către Kirkegaard şi de către Heidegger sunt semnificative în acest sens. Anxietatea generalizată şi angoasa omului, în normalitate şi în psihopatologie nu are de ce să ignore aceste perspective.

Anxietatea, ca sentiment al unui pericol iminent neprecizat se poate manifesta circumstanțial, ca de exemplu în modulul alertei din explorarea zonelor necunoscute. Dar ca funcție, anxietatea devine difuză şi se poate răspândi aproape în toate instanțele psihismului.

Anxietatea, ca trăire normală şi patologică, se plasează la un nivel bazal, din care se desprind mai multe ramuri : cea a dispozițiilor afective de tipul depresiei, euforiei, iritabilității ostile; - cea a trăirilor în plan metareprezentațional de tipul aşteptării anxios fobice, a egodistoniei obsesiv-compulsive, a preocupărilor centrate de o ideație prevalentă sau delirantă. Nesiguranța, îngrijorarea, expectanța unor situații nefavorabile, se desfăşoară atât în aria proiectelor de acțiuni cu scop ca şi în cea a relaționărilor interpersonal sociale.

2. Depresia, euforia şi dispozițiile afective

În viața de toate zilele omul trăieşte stări de anxietate, tristețe, iritare, veselir, indiferență. Aceste dispoziții afective exprimă un mod global de raportare la situație. Subeictul exprimă o anumită atitudine, o anumită poziționare atitudinală în raport cu lumea, cu alții, cu sine. Concomitent el evaluează prereflexiv atitudinea sa, care se plasează în centrul raportării totalizatoare la situație.

Dispozițiile afective se pot manifesta exagerat, strident, rigid, pot apare în prim planul trăirilor, desimplicându-se din cursivitatea şi variabilitatea raportărilor circumstanțiale adaptative. Astfel ele se impun în centrul unor sindroame psihopatologice ca depresia şi mania, subordonându-şi ansamblul trăirilor subiectului pentru o anumită perioadă de timp.

Raportarea elaborată a subiectului la lume se face în principiu pe două căi care se întrețes, prin acțiunea realizatoare şi prin raportarea la alții. Acestea derivă tot timpul din „agenția" subeictului ce se exprimă reflexiv pe sine prin toate instanțele sinelui său.

În perspectiva acțiunilor realizatore subeictul inițiază procese şi le urmăreşte până se împlinesc. Când dispozițiile afective se impun în prim plan, comportamentul realizator devine deficitar. Indiferența se însoțeşte de lipsa de interes şi curiozitate, de pasivitate inactivă; depresia inhibă subiectul ce nu mai aderă de prezent şi se repliază în inactivitate; anxiosul neliniştit nu poate persista în realizarea unor obiective; iritabilul nerăbdător reacționează la orice circumstanță şi nu urmăreşte perseverent planul acțiunii; iar euforicul face planuri nenumărate fără a realiza nimic. Desigur, psihopatologia acțiunii are manifestările ei specifice ce constau în nehotărâre, dificultatea trecerii la act şi în persistență, cu nenumărate verificări, dificultate de finalizare; sau impulsivitate, sugestionabilitate, inhibiție, agitație, manifestări incomprehensibile sau stdereotipe. Dar psihopatologia specifică dispozițiile afective o afectează totdeauna, chiar dacă indirect.

Relațiile interpersonale se organizează după parametrii dominație/supunere, colaborare/ostilitate. Dar şi ele sunt distorsionate în psihopatologia dominată de dispozițiile afective. Indiferența izolează subiectul, la fel ca şi depresia; iritabilitatea îi îndepărtează pe ceilalți prin ostilitate; euforia se manifestă printr-o sociabilitate superficială gregară; iar anxietatea, care pretinde de la celălalt protecție totală, deformează sensul specific al relaționărilor.

Dispozițiile afective sunt centrate de o raportare prereflexivă la sine, însoțită de o autoevaluare care se plasează în prim planul trăirii, restul

raportărilor la situație făcându-se prin filtrul acestei raportări. În psihopatologie tocmai autoevaluarea distorsionată se află în centrul perturbării. Indiferentul e dezinteresat de propria prezență în lume, de succes, elogii sau blam; depresivul se consideră incapabil, lipsit de valoare, vinovat; iritabilul are constant sentimentul unei vulnerabilități de care alții intenționează să profite; euforicul se resimte a toate capabil; iar anxiosul nesigur de sine şi a toate vulnerabil.

Trăirea deficitar distorsionată a propriei valori centrează toate manifestările subiectului în raportarea sa la situație.

În psihopatologie principalele sindroame care au în centrul lor o dispoziție afectivă deficitar distorsionată sunt depresia şi mania. Ansamblul trăirilor psihice se coagulează în jurul respectivelor dispoziții afective într-o manifestare excesivă, rigidă şi disfuncțională care impune un mod de raportare la situație dezadaptativ.

Dispozițiile afective se pot combina în psihopatologie, fapt mult comentat în clinică pe marginea sindroamelor depresive şi maniacale care deseori se manifestă în forme mixte sau în combinație cu anxietatea şi iritabilitatea.

Trăirea dispozițiilor afective este în mod esențial una de raportare nemijlocită la situație. Ea nu se desfăşoară în planul metareprezentațional, deşi se poate articula cu acestea. Anxietatea de obicei se corelează cu fobia şi paranoidia. Mania şi depresia se pot dezvolta în direcția preocupărilor şi convingerilor delirante, care presupun formularea discursivă a unei teme delirante.

3.Cooperarea, suspiciunea şi paranoidia

În înțelegerea evoluționistă a omului se consideră că un aspect esențial a fost selectarea mecanismelor adaptative de înțelegere şi colaborare

interpersonal socială, depozitate în funcţiile „creierului social”. O întreagă structură de moduli psihologici adaptativi prosociali, sau ai relaţionării sociale, se evidenţiază în cursul ontogenezei. Între aceştia esenţial apare cel al „mentalizării”, prin care subiectul intuieşte, ghiceşte, intenţiile celuilalt în situaţie (complexul modular ToM). Colaborarea, cooperarea în acţiune, împreună cu evitarea opţiunilor de cooperare neadecvată şi a pericolelor pentru propria persoană ce pot deriva din atitudinea ostilă a celuilalt, depind de funcţionarea adecvată a acestui modul, care reglează relaţionările interpersonale la nivel preverbal. Funcţionarea m.p.a.ToM presupune investigarea atentă de către individ, uneori chiar în regim de alertă, a manifestărilor situaţionale ale celuilalt. De fapt, e vorba de atenţia reciprocă, acordată în mod necesar şi firesc de către fiecare om celorlalţi, împreună cu care se află în situaţie. Trăirea preconştientă de către subiect a faptului că şi el este, continuu şi în orice situaţie, în vizorul atenţional, perceptiv şi interpretativ a celorlalţi, reglează comportamentul social. Noţiunile de atenţie, percepţie, intenţionalitate, raportare interpersonală atitudinală, intuirea gândurilor celuilalt şi altele din aceeaşi clasă, se corelează cu noţiunea de situaţie, care nu poate fi în acest caz înţeleasă doar ca ceva imediat după modelul situaţional experimental în care s-au făcut descrierile prin care afost studiat modulul ToM la copii de 3 ani. Situaţiile în care omul se află în mod curent şi constant, situaţiile problematice pe care el le are de rezolvat, situaţia unei relaţionări interpersonale, toate au structuri de durată şi complexităţi variate, implicând psihismul şi sinele, la nivel metareprezentaţional. Până să se rezolve o situaţie problemtică ce implică reciproc două sau mai multe persoane, pot să treacă zile, săptămâni sau luni. În toată această perioadă se menţine o anumită poziţionare atitudinală între partenerii situaţiei: de deschidere totală spre colaborare, de dominare sau

supunere totală, de reticență sau precauție, de tatonare, de neîncredere şi suspiciune, de colaborare de la distanță cu observare atentă continuă etc. Preocupându-se de situația problematică dată, subiectul o defineşte pentru sine, o evaluează şi o interpretează. Preocuparea sa față de situația problematică se conturează ca o „temă", ca o idee în care crede mai mult sau mai puțin. Strategiile relaționale se pot şi trebuie să se schimbe în funcție de parametrii evolutivi ai situației problematice. Ei mai depind de tipul de relaționări prealabile dintre persoanele implicate, de experiența avută în comun în rezolvarea de probleme. Astfel subiectul poate fi implicat într-o situație problematică alături de unele persoane apropiate sufleteşte pe care ştie că se poate bizui. Dar şi alături de persoane necunoscute, de neîncredere sau ştiute ca ostile. Oricum, subiectul dispune de un diapazon de operaționalitate variat prin punerea în joc a unor diverse modalități de m.p.a. de relaționare. Aceste modalități, aceste „instrumente" de raportare adaptativă se cer manevrate flexibil şi adecvat pentru a se obține rezultate bune. Dacă subiectul are la dispoziție modalități de relaționare reduse, pe care le foloseşte rigid, după aceeaşi formulă în diverse situații şi în raport cu variate persoane, ne aflăm evident în situația unui minus psihopatologic. Această caracteristică poate fi identificată în primă instanță la tulburările de personalitate paranoide care tocmai astfel sunt caracterizate: ca acționând cu pattern-uri rigide şi cu acelaşi stil suspicios de raportare în raport cu orice persoană în diverse situații

*

* *

Dincolo de realționările conjuncturale situaționale, între oameni se stabilesc şi relații mai durabile. Acestea înregistrează formula prieteniei, a colaborării, a dragostei reciproce sau unidirecționate, a urii şi dorinței de

răzbunare, a atitudinii ostile marcate de intenţia de a face rău altcuiva ş.a.m.d. Ataşamentul şi dragostea leagă oamenii între ei pe termen lung, uneori pentru întreaga viaţă. Atitudinea ostilă este deobicei resimţită, identificată şi cunoscută de cel ce constituie obiectul ei. Duşmănia dintre oameni, intenţia de a se ataca unul pe altul şi a-şi creea neajunsuri, probleme, chiar de a se suprima, este variat motivată. Ea continuă filonul biologic al comportamentelor agresive şi combative. Este adevărat că la animale agresivitatea intraspecifică e circumscrisă la câteva situaţii ce se corelează ciclurilor biologice aşa cum e confruntarea pentru ierarhia în grup a masculilor sau pentru dominarea cât mai multor femele. La om însă agresivitatea intraspecifică s-a dezvoltat mult, ajungându-se la fenomenul, necunoscut în biologie, a omorârii celor din aceeaşi specie; uneori în proporţii şi modalităţi impresionante. Acest fenomen al crimei, care în Biblie deschide ciclul existenţei terestre, a fost explicat pe mai multe căi, între care şi intervenţia tehnologiei care permite omorârea semenului la distanţă şi nu neapărat în lupta personalizată corp la corp. Un om care ştie că are duşmani încearcă, ca în orice situaţie fobogenă, se ia măsuri de asigurare, cerând sprijin de la alţii şi dezvoltând conduite de evitare. În plus, omul a avut la dispoziţie posibilitatea de a se adresa pentru sprijin şi ajutor fiinţelor transcendente în care credea. Mare parte din Psalmii lui David scrişi în urmă cu peste 3.000 de ani, îl invocă pe Dumnezeul Atotputernic pentru a-l salva de duşmanii săi.

Ps. 3: 1. Doamne, ce mulţi sunt vrăjmaşii mei, ce mulţime se scoală împotriva mea? 2. Cât de mulţi zic despre mine: „Nu mai este scăpare pentru el de la Dumnezeu!” 3. Dar Tu, Doamne, Tu eşti scutul meu; Tu eşti slava mea şi tu îmi înalţi capul; 4. Nu mă tem de zecile de mii de popoare care mă împresoară din toate părţile. 7. Scoală-le Doamne. Scapă-mă, Dumnezeule ...

Când o altă persoană intenționează să atace şi să distrugă un subiect, el trebuie să aibe acces până la acesta, să-i cunoască zonele vulnerabile, să lovească puternic, în locul slab, atunci şi acolo unde el se poate apăra mai puțin. În acest sens s-a vorbit de „călcâiul lui Achile" sau de zona vulnerabilă dorsală a lui Segfried. „Apropierea" de zonele intime şi vulnerabile e deci esențială pentru succesul unei confruntări. Pentru a obține date despre momentul şi locul vulnerabil, duşmanul trebuie să-l observe continuu, să-l țină sub control. Ceea ce e normal şi necesar pentru colaborare adică observarea celuilalt şi intuirea sau cunoaşterea intențiilor sale de moment, este util şi important şi pentru succesul unui atac. A ține pe altul sub observație şi control, a-i cunoaşte cât mai bine intențiile şi proiectele, a îi evalua cât mai exact capacitățile şi slăbiciunile, a şti cum să te apropii şi unde să loveşti eficient, sunt elemente de bază ale oricărei strategii combative, fie la nivelul armatelor ce se confruntă, fie la nivelul agresivității interpersonale.

Ansamblul trăirilor menționate mai sus stau la baza unor fenomene psihpatologice relaționale. Acestea pot fi grupate în jurul a câtorva teme interconectate : - alerta şi preocuparea subiectului privitor la faptul că este în centrul interesului altora care îl evaluează; - sentimentul supravegherii continui ce se extinde asupra intimității; - părerea sau convingerea privitoare la atitudinea ostilă a altora; - sentimentul imixtiunii altora în zone subiectivității intime. Acest grupaj psihopatologic poate fi eticvhetat generic ca „paranoid", deşi în el se agregă sindroame variate.

a. <u>Starea de alertă</u> a subiectului privitoare la faptul că ar putea stârni, în prezent sau viitor o curiozitatea sau un interes special din partea altora care vor desfăşura o anumită atitudine în raport cu el. Aceasta se manifestă în sindroame variate, precum:

- Sindromul anxietății sociale: subiectul e preocupat de faptul că manifestarea sa publică în fața unor persoane puțin cunoscute ar putea fi un eşec, iar alții l-ar putea evalua negativ: motiv pentru care evită astfel de manifestări; - Sindromul manifestărilor hiperexpresive, de tip conversiv, disociativ sau din cadrul t.p. histrionice: subiectul e preocupat de felul în care „apare" în percepția celorlalți şi face eforturi inconştiente ca să-i impresioneze astfel încât să atragă constant atenția asupra sa; - Sindromul dismorfofobic: subiectul e preocupat de ideea, părerea, convingerea – că are un aspect fizic nefavorabil pe care alții îl vor sesiza evaluându-l negativ; în consecință face eforturi de a-şi pregăti minuțios o apariție fizică socială controlată şi favorabilă, evitând situațiile de prea mare expunere socială. Apropiat de acest sindrom este, până la un punct, cel anorexiei mintale şi cel al „delirului osmotic". – Sindromul de referință (nepsihotic): subiectul resime neplăcut că alții se preocupă excesiv de el, fapt care ar rezulta din stilul lor de comportament, vorbire, gesturi, aluzii.

Toate aceste fenomene de alertă socială derivă din m.p.a. fireşti şi utile. Ele sunt prezente şi în cadrul unor reacții comprehensibile nepatologice. De ex. sentimentul de alertă senzitiv-relațional de după un eşec social, după o stare de ruşine, la fete după un viol. Problematica stigmei fizice se înscrie şi ea în acest capitol. Deasemenea ele sunt prezente la multe t.p. pe care le şi caracterizază: t.p. paranoidă, histrionică, evitantă. Imaginarul joacă totdeauna un rol important, trăirile de alertă senzitiv-relațională desfăşurându-se în universul posibilului. Dar, aspectul fundamental e acela că ele sunt un capăt de linie şi pentru psihopatologia psihotic delirantă paranoidă.

b. <u>Sentimentul unei supravegheri continui</u> poate corespunde unei stări reale pe care subiectul o cunoaşte şi în raport cu care are un comportament

reactiv adecvat. Mulți copii sunt supravegheati în mod special de părinți, dincolo de faptul că în atmosfera familială se cam ştie totul despre fiecare. Educatorii îşi supraveghează elevii, spionul este supravegheat de serviciile de contraspionaj, dizidentul politic e supravegheat de forțele de securitate ale statului totalitar, cei ce manifestă intenția de a-l ucide pe preşedintele SUA sunt supravegheați de CIA. Bolnavul e în permanență supravegheat de medici, ceea ce e valabil şi pentru bolnavul psihic. Dezvoltarea supravegherii publice de către sistemul statal în Europa modernismului pe care o analizează Foucault, e desigur un fenomen ce are particularități istorice locale. Dar un sistem organizat de conducere şi-a dezvoltat întotdeauna mecanisme feed-back de control. Metodele de supraveghere şi control a subiectului din partea persoanelor aflate la putere şi a instituțiilor organizate şi abilitate, a variat în funcție de tehnologia vremii. Spionarea, care e o metodă clasică de supraveghere şi control a celor considerați periculoşi de către putere, a folosit totdeauna tehnici de apropiere față de persoana urmărită, apropiere față de intimitatea sa. Urmărirea este o tehnică ce vine din biologie. În sec. XX mijloacele tehnice de supraveghere la distanță s-au amplificat enorm, fapt ce a făcut ca ele să intre în preocuparea subiecților care se simt în mod exagerat şi patologic supuşi supravegherii. Deliranții actuali invocă fotografieri şi filmări de la distanță, înregistrarea convorbirilor telefonice, instalarea unor camere de luat vederi şi a unor microfoane plasate în propria casă, sau o supraveghere pe internet. Toate acestea sunt mijloace tehnice reale şi posibile, într-o supraveghere reală a intimității. Şi sunt efectiv folosite de către instituțiile specializate în cazurile clasificate corespunzător. Aspectul psihopatologic constă în minusul „des-implicării" fenomenului de supraveghere socială din naturalețea şi rangul său, apariția sa în prim plan, ca temă dominantă, într-un mod

descontextualizat, acolo unde nu e cazul şi nu e real. Şi persistența sa rigidă, ce simplifică existența persoanei.

c. Sentimentul subiectului ce este obiectul unei atitudini ostile din partea altora poate exprima o stare psihopatologică. Dar el derivă dintr-o modalitate firească şi frecventă de relaționare adaptativă, care se desimplică şi se impune ca centrală şi rigidă într-un mod decontextualizat. În cursul vieții fiecărui om există constante stări de ostilitate circumstanțială exprimate din partea altora. Există desigur şi ostilitate mascată, indirectă, latentă, posibilă, din partea multora, din partea a instituțiilor, a adversităților în general. Poziționarea tetică normală a oricărei persoane e cea de autoafirmare şi de implicare, la nevoie, în negocieri, dezbatere, confruntare, luptă. Nimeni nu e din principiu victimă a unei persecuții şi ostilități majore. Dar în mod practic poate ajunge o astfel de victimă, pe diverse căi şi cu variate condiționări. Opinia, părerea, convingerea mai mult sau mai puțin certă sau evidența clară a cuiva că este o victimă a persecuției şi uneltirilor ostile a altora, atunci când de fapt nu este, ne plasează în zona psihopatologiei. M.p.a. al suspiciunii, neîncrederii, alunecă din funcția sa adaptativă prin care e utilizabil la nevoie, circumstanțial, ca un detector al pericolului, se dezarticulează din ansamblul coherent al psihismului şi ajunge să ocupe prim planul scenei trăirilor. Tematica delirului paranoid este foarte variată şi deseori se articulează cu cea a punerii sub supraveghere şi a urmăririi. În esență este vorba de intenția altora de o omorî subiectul: de a-l otrăvi, gaza, suprima fizic într-un fel. Dar temele derivate sunt nenumărate: „Celălalt", „ceilalți", „alții", „cineva", „ei", pot avea intenții sau acționează – crede subiectul – în direcția îmbolnăvirii sale, a torturării, privării de libertate, denigrării morale, prejudiciului, furtului bunurilor, deteriorării sale mintale etc. Personalizarea „dusmanilor" poate avea diverse forme; de la

identificarea membrilor de familie sau vecinilor şi colegilor, la invocarea unor organizații internaționale, a forțelor extraterestre şi supranaturale. Sau, precizarea autorilor nici nu mai e făcută.

d. Sentimentul invadării controlului asupra intimității sinelui exprimă perturbarea complexului modular al sinelui nuclear. Sinele nuclear este un rezultat esențial al socializării omului, imprentat în „creierului social", ca fundament pentru relaționarea sa interpersonal socială, care dă psihismului uman specificitatea sa de ființă conştientă de sine. Această psihopatologie ce a fost descrisă ca simptomatologie de prim rang Schneider în schizofrenie, e solidară cu perturbarea generală a perceperii şi înțelegerii situaționale a lumii, care a fost descrisă ca dispoziție delirantă bazală şi/sau ca delir de referință. Unele fenomene halucinatorii ideo-verbale comentative fac şi ele parte din acest complex sindromatic.

Faptul că alții cunosc intimitatea psihică a subiectului este, până la un punct un fapt natural şi adaptativ. În acest sens există persoane apropiate sufleteşte de subiect, persoane care-i sunt intime, în care el are încredere totală, aşa cum e iubita sau prietenul de nădejde. La fel persoanele familiare ştiu multe despre intimitatea subiectului, despre secretele sale. Deasemenea este evident că deciziile pe care subiectul le ia, din fragedă copilărie şi până la vârsta a treia, nu sunt elaborate doar de el şi nu rezultă doar din hotărârea sa intimă. Părinții sunt autorii esețiali a deciziilor şi comportamentelor copiilor. Iar apoi cei apropiații sufleteşte,educatorii şi chiar marea societate în ansamblu, marchează continuu motivația şi acțiunea subiectului. Ar fi practic imposibil ca el să acționeze dacă nu ar avea sentimentul că există persoane de încredere, care-l ajută în ceea ce decide şi face, fapt ce se structurează deja către sfârşitul primului an de viață, prin relația de ataşament. Ceea ce se petrece în sindromul de transparență-influență este

destructurarea şi des-implicarea unui mecanism natural, odată cu pierderea sentimentului limitelor sinelui.

Elementele de bază ale spectrului psihopatologic relaţional-paranoid exprimă în mod major psihopatologia sinelui, în primul rând a sinelui nuclear. Dar sinele este integrat în sinteza continuă a persoanei ce se afirmă în plan socio-cultural, moral şi transcendent. Problematica acestei sinteze, a sintezei psihice în general începe însă şi ea de la începuturi, din primele momente ale constituirii sinelui, manifestându-se ca o structură funcţională bazală a coherenţei centrale care ierarhizează constant într-o arhitectonică armonică, toate piesele psihismului personal, centrat de sine.

4. Convingerile, percepţia şi delirul

Trăirea anxietăţii şi în general a dispoziţiilor afective exprimă o raportare directă şi nemijlocită a subiectului la situaţie. Psihismul uman ce e dimensionat prin memoria biografică, prin instanţa metareprezentaţională şi autonetică a sinelui, are şi o modalitate secundă de raportare care e mediată de lumea reprezentată, de raportarea reflexivă la sine, de reprezentarea celorlalţi în raportarea lor transsituaţională la sine. La acest nivel se desfăşoară preocupările subiectului în raport cu tematica unei situaţii problematice de durată, care se plasează de-a lungul trăirilor situaţionale nemijlocite. De exemplu, preocuparea faţă de propria sănătate, faţă de felul în care alţii apreciază în mod constant subiectul şi se raportează la el, faţă de propria identitate şi valoare în plan socio-cultural. În acest plan mtareprezentaţional se desfăşoară de exemplu fobiile care au în vedere perioade ce vizează subiectul în anumite împrejurări, ce pot fi întâlnite în anumite locuri şi momente. Şi la fel egodistonia obsesivă, în cadrul căreia subiectul se luptă cu sine, cu ideile şi tendinţele ce izvorăsc din sine şi pe care el nu le acceptă. Tot în acest plan se manifestă preocupările de durată

ale subiectului privitoare la sănatate, la valorizarea sa socială şi la alte teme care sintetizează situațiile problematice în care e implicat.

Planul metareprezentațional este, la rândul lui învăluit de instanța persoanei, prin care subiectul se articulează cu viața socio-culturală, spirituală. La acest nivel se afirmă convingerile comunitare privitoare la felul determinat de cunoaştere şi reprezentare a lumii, cele corelative problemelor comunitare şi cele religioase.

Delirul a fost definit ca o convingere neraţională într-o idee neadevărată care nu poate fi modificată prin argumente. Această definiție care e destul de controversată în ultimul timp, ridică probleme privitor la înțelesul noțiunilor de „convingere" şi „idee".

Convingerea se referă tradițional la o stare congitivă în care „ceva" apare cert pentru subiect. Unul din principalele sensuri se referă la o temă, la o „idee" care preocupă subiectul în plan metareprezentațional. În cazul delirului ideea are în vedere lucruri care implică subiectul în cadrul unei situații problematice, fiind tematizabile reflexiv. Mai precis se referă la evaluarea de către subiect a stării, a poziției sale în cadrul unei situații problematice în care el se raportează la alții, la sine, la lumea umană, De exemplu „sunt bolnav", „sunt persecutat". Ideile delirante exprimă o atitudine relațională ce poate fi formulată propozițional, discursiv.

În cadrul unei situații problematice privitoare la starea de sănătate subiectul poate dezvolta în plan metareprezentațional o serie de trăiri cognitive precum : - sunt poate bolnav; nu cumva să fiu bolnav; dacă sumva sunt bolnav?; - s-ar putea să fiu bolnav....; - probabil sunt bolnav...; - mi se pare că sunt bolnav...; - îmi vine mereu în minte ideea absurdă că sunt bolnav; - incontestabil, sigur sunt bolnav.. Convingerea se plasează la capătul aceste serii după excluderea incertitudinilor: a ipotezelor,

bănuielilor, supozițiilor, posibilităților, eventualităților, obsesiilor, opiniilor etc. Eventual ea apare ca o concluzie sau ca o evidență.

Toate trăirile menționate mai sus pot fi circumstanțiale. Dar ele pot preocupa subiectul şi o perioadă îndelungată de timp. Uneori convingerea, ideea acestei convingeri se fixează şi ajunge să domine celelelate preocupări, să centreze existența subiectului. Esențial e că în convingerea delirantă e implicat direct subiectul cu identitatea sa determinată. Că ea exprimă o luare în considerare şi o evaluare a stării sale. Cogniția se desfăşoară acum la un nivel metareprezentațional al sinelui identitar, care depăşeşte trăirea actuală nemijlocită, implicând biografia; şi, ea exprimă o atitudine persistentă față de sine şi alții. Ne aflăm la un nivel al exprimării discursive al narativității autobiografice. Problema care preocupă subiectul şi care îşi găseşte soluția în convingere, este formulată ca o temă, ca idee delirantă. În raport cu tema acestei idei, subiectul ia o atitudine, se poziționează „tetic". Ideea delirantă, ca „temă – teză" privitoare la situația problematică a subiectului, îl exprimă pe acesta ca având o identitate determinată în mijlocul relaționărilor cu alții, în mijlocul lumii umane.

În mod similar cu exemplul de mai sus privitor la sănătate, se pot desfăşura trăiri cognitive pe teme ca persecutarea şi supravegherea subiectului de către alții sau a capacităților şi realizărilor sale excepționale. Tematica ideației delirante se recoltează din aria situațiilor problematice ale subiectului, cu centrarea pe felul în care el e poziționat în acestea. Principalele domenii sunt :

- Identitatea subiectului, valoarea şi capacitățile sale, sănătatea, calificarea sa socială (avere, poziție), vulnerabilitatea față de agresiuni şi agresori.

- Relaționarea reciprocă a subiectului cu alții: - interesul pe care-l stârneşte altora; - felul în care alții îl percep şi îl evaluează : atitudinile, opiniile, evaluarea sa de către alții; - intenționalitatea altora în raport cu sine (inclusiv supravegherea intimă): - felul de relaționare : ură, dispreț, dragoste, admirație. În subsidiar, se poate exprima şi atitudinea subiectului față de alții.
- Relaționarea subiectului în raport cu instanțele socio-culturale şi cu divinitatea.

Ultimul aspect merită un comentariu. Instanțele sociale, de exemplu instituțiile statale sau culturale, sunt implicate nemijlocit în viața de zi cu zi a subiectului. Poliția, politicienii, statul, diversele organizații sau asociații influențează constant viața oamenilor. Iar persoana participă la viața civică şi deseori se implică în acțiuni sociale organizate. E deci natural ca poliția, securitatea sau unele organizații neguvernamentale naționale sau internaționale să fie cuprinse în tematica delirantă la un nivel suprapersonal. Este de obicei un nivel în care personalizarea tinde să se dilueze cu tendința spre generalități şi abstracții. E o etapă pe drumul în care ideația delirantă se coagulează în jurul unei scheme generale care poate ajunge să se confunde sau să se rezume la poziționarea convingerii aberante. De ex. : sunt urmărit, sunt genial etc., fără alte specificații.

În ceea ce priveşte implicarea ființelor supranaturale, până la un punct acestea apar ca personalizate sau aliate cu persoane reale malefice. Diavolul e într-un fel o persoană arhetipală. Şi la fel îngerii, pentru credincios. Dar există şi o altă perspectivă, cea a însăşi credinței în instanță supranaturală. Această credință („faith” în engleză) se dezvoltă, în esență, la un nivel comunitar, suprapersonal, ca religie desfăşurată prin mituri şi ritualuri. Prin credință subiectul participă la viața comunitară generică, ce vizează şi

invocă transcendența. Fenomenul e diferit de convingere, înțeleasă ca fenomen psihic cognitiv ce se referă la poziția individului în situații problematice; convingere ce exprimă pentru el evidența adevărului privitor la o anumită soluție a acestei probleme, concentrată într-o temă/teză, într-o „idee". În măsura în care tematica delirantă vine din domeniul supranaturalului, ea coboară printr-o instanță personalizată. Faptul se referă şi la superstițiile legate de vrajă şi descântece etc.

Cantonând ideea delirantă la convingerile referitoare la situațiile problematice ale subiectului se lasă la periferie preocuparea tradițională a filosofiei privitoare la convingerea (credința, certitudinea) în realitatea lumii exterioare. Această problemă are două aspecte : realitatea lumii în general, aşa cum e cunoscută şi înțeleasă aceasta în cadrul unei socio-culturi; şi, realitatea lumii percepută experiențial, situațional de către subiect.

Delirul nu se referă la cunoştințe generale despre lume, care nu implică direct subiectul. Aceste cunoştințe asimilate, utilizate zilnic şi şi eventual reamintite, pot fi puse în joc de exemplu în cadrul unui delir din invenție. Imaginarul operează cu aceste cunoştințe iar confabulațiile pot crea impresia unor convingeri delirante. În măsura în care imaginarul şi confabulația participă la delir, ele se corelează cu alte convingeri, de exemplu privitoare la identitatea şi capacitățile subiectului în cadrul relațiilor sale cu istoria şi cosmosul.

Asimilând cunoştințele unei socio-culturi prin educație şi experiențe de viață, subiectul îşi conturează desigur o proprie concepție despre lume şi poziția sa generală în lume. Aceasta e implicată în tematica delirantă dar în mod secundar, ca fundal, fiind inclusă sau stând în spatele tematicii propriu zise a acestuia.

Cealaltă problemă majoră, e relația între convingerea delirantă tarnssituațională şi convingerea în realitatea perceptivă trăită actual, aşa cum este oferită subiectului prin simțuri.

Delirul este considerat ca fiind din principiu însoțit de tulburări perceptive, în primul rând de iluzii şi halucinații. Percepția se cere însă comentată şi înțeleasă în sens larg.

Înțelegerea standard a percepției ca receptare senzorială şi sintetizare a informațiilor actuale privitoare la un obiect plasat în spațiul exterior şi inserat într-un context, corespunde mai ales unor situații experimentale. În plus ea e tributară înțelegerii realității ca opoziție între un subiect contemplator şi un obiect de contemplat. În existența de zi cu zi persoanele nu se fixează contemplativ asupra obiectelor din jur. Percepția reprezintă desigur o sursă de informații cu o bază reală în lumea înconjurătoare obiectivă. Informațiile perceptive sunt importante în desfăşurarea proiectelor de raportare a persoanei la situație. Subiectul îşi desfăşoară existența fiind constant angajat în situații problematice, implicându-i şi pe alții în rezolvarea acestora. Căutarea actuală a informațiilor, selectarea, receptarea şi sintetizarea lor ca formă şi semnificație – ceea ce ar însemna centrul percepției în sens experiențial restrâns – se înscrie în procesul mai amplu de percepere de ansamblu a situației şi semnificației sale. Percepția înseamnă chiar şi la cel mai simplu nivel, structurarea datelor informative nu doar ca formă ci şi ca semnificație. Implicarea semnificației în percepție, e la fel de definitorie ca şi forma şi structura spațial senzorială a obiectului perceput. Pentru om se cere avut în vedere şi înțelesul mai larg al percepției aşa cum ar fi : - perceperea de ansamblu a altui om, cu caracterul şi intenționalitățile sale, perceperea unei situații periculoase, de exemplu a unei catastrofe; - perceperea unei situații relaționale, de exemplu a felului în care subiectul

este acceptat de colegii de serviciu. Acest sens amplu al perceperii implică desigur perceperea lumii înconjurătoare ca spațiu în care se găsesc obiecte cu calități perceptibile şi cu semnificație, aflate în anumite raporturi reciproce între ele şi cu subiectul, care e centrat de propriul corp. Şi la fel, perceperea acestei ambianțe actuale ca şi câmp spațial al acțiunilor posibile. Dar ea învăluie perceperea obiectelor spațiale ca o atmosferă şi integrează percepția situației în derularea existenței subiectului ce se realizează prin proiecte („design") diverse.

În mod tradițional psihopatologia percepției se referă la iluzii şi halucinații. Există însă şi alte aspecte, care exprimă tulburări de ansamblu ale trăirii şi perceperii experiențiale a situațiilor actuale. Se pot menționa:

- Derealizarea, ce constă din detaşarea, neaderarea la situație; aceasta apare ca îndepărtată, stranie, nefamiliară; deseori subiectul resimte un gol, un vid interior;
- Dispoziția delirantă, ce constă în sentimentul că se întâmplă ceva important care vizează subiectul, dar nu e încă clarificat ce. Trăirea e diferită de anxietate şi se apropie de cea a nefamiliarității. Subiectul resimte că nu poate controla situația.
- Fenomenele de referință nepersonalizate. Acestea constau din sentimentul că diverse trăiri perceptive concrete, au o semnificație ascunsă ce vizează subiectul. Se exprimă acelaşi sentiment de scăpare de sub control a situației, de pierdere a capacității de raportare activă a subiectului care să structureze situația şi să ordoneze ierarhic informațiile, semnificațiile. Fenomenul poate apare în paralel cu sentimentul punerii sub observație a intimității, de control de la distanță cu aparate sau cu alte mijloace.

- Fenomenele de referință personalizate, constau în sentimentul că alte persoane fac referințe publice la subiect, eventual i se adresează, îl comentează. Referințele sunt percepute şi în comentariile din presă, radio, televizor. Fenomenul e paralel cu trăirile senzitiv relaționale şi poate fi însoțit de iluzii. Se accentuează destructurarea distanței dintre zona publică şi cea intimă a psihismului, pe care subiectul nu o mai poate controla.
- Halucinațiile auditive comentative exprimă şi mai clar perturbarea limitelor sinelui şi a structurii intim public. Subiectul percepe cum alții îi comentează intențiile şi gândurile intime. Este descris şi sentimentul că propria ideație se află în permanență sub supravegherea altora.
- Fenomenele de transparență influență se înscriu în continuitatea precedentelor. Propriile gânduri sunt cunoscute şi influențate de alții. Limitele sinelui nuclear sunt penetrate iar distanța intim public destructurată. Inserția gândirii şi substituirii voinței se întâlnesc în acest context.

Pentru halucinații a fost comentat în repetate rânduri faptul că ele pot fi interpretate ca proiecții în spațiul exterior, perceptiv, a unor trăiri ce vin din spațiul interior intim al sinelui. Halucinațiile vizuale de tip oneiroid ar fi un exemplu; şi la fel cele generate de un imaginar vizual bogat. Halucinațiile audio verbale au fost la fel comentate ca proiecție în exterior a unor gânduri ce au tendința de a fi verbalizate, sonorizate (simptomul „sonorizării gândirii" ar face legătura). Halucinațiile funcționale susțin aceeaşi idee, mai ales că ele se aplică uşor în domeniul gustativ, cutanat, kinestezic. Iluziile, mai ales cele de schemă corporală, au atras atenția asupra importanței convingerilor în selectarea şi interpretarea informațiilor senzoriale.

Concluzia generală ar fi că tulburările psihice din zona perceptivă nu ar trebui interpretate izolat şi localizaționist. Ele exprimă în mare măsură perturbarea limitelor sinelui. Destructurarea sinelui şi a limitelor sale, împreună cu centrarea subiectului pe convingerea într-o temă delirantă, joacă un rol important în configurarea trăirilor percepției psihopatologice. Subiectul implică, în raportarea sa normală şi patologică la situațiile problematice, şi lumea pe care o cunoaşte, o poartă în el şi o avansează în întâmpinarea lumii situaționale actuale, cu care se interpătrunde. În această zonă de interferență, spațiu în care se manifestă un conținut problematic al sinelui, se desfăşoară psihopatologia delirului şi a tulburărilor perceptive în cadrul unei tensiuni critice între lumea interioară şi lumea exterioară. O tensiune care marchează limitele psihice ale subiectului, conducând de obicei la un salt pe o altă orbită psihică.

4. Sinteza psihică, deficiența coerenței centrale şi dezorganizarea psihismului

Sinteza caracterizează orice fenomen psihic normal fie că e vorba de transmiterea unei informații, un proces de gândire, realizarea unei opere sau orice manifestare cu semnificație umană. Prin argumentare sintetică oamenii se înțeleg între ei în plan comunitar şi realizează obiective comune.

Aspectul sintetic al manifestărilor umane poate fi exemplificat prin referință la un discurs retoric clasic. Acesta are o introducere, urmează expunerea temei şi tezei, argumentarea, respingerea contraargumentelor şi concluzia ce sintetizează teza. Într-un astfel de discurs se manifestă o ordine în expunere, o coerență a desfăşurării, un echilibru a părților cu evitarea divagărilor, pe scurt o structură echilibrată. Acelaşi lucru se poate spune despre ansamblul comunicărilor umane lingvistice, fără a ignora contextul. Acesta e important mai ales în dialog sau în comunicarea dintre persoane

apropiate, care împărtăşesc un univers comun de cunoştinţe şi păreri. Un discurs sau un proces de comunicare discursiv, la fel ca o melodie, are o coerenţa ce se păstrează de-a lungul întregii desfăşurări. Şi care apare ca un „câmp" ce menţine laolaltă şi articulează împreună părţile în desfăşurare. Ca centru al acestui câmp discursiv poate fi considerată semnificaţia sau intenţia ce se vrea comunicată. În cazul dialogului câmpul comunicaţional este mai complex organizat dar e de asemenea prezent. O structură similară cu cea a unui discurs se regăseşte şi în procesul de judecare în vederea rezolvării unei probleme sau în derularea unei acţiuni cu scop. Toate au o coerenţa centrată de ceva – de un scop, de o temă-teză, de o semnificaţie – au o structură organizată într-o desfăşurare ce ce petrece într-un context. Şi, rezolvându-se, exprimă o sinteză.

Aceeaşi structurare ce se petrece în jurul unei coerenţe centrale şi exprimă în final o sinteză e proprie şi zonei axiale a sinelui, a persoanei. Aceasta are o centralitate, limite, o organizare structurată printr-o ordine, o identitate cu sine şi exprimă în permanenţă o sinteză, în contextul existenţei sale situaţionale. Psihopatologia ne relevă diverse aspecte ale deficienţei disfuncţionale a structurii, a coerenţei centrale a psihismului, atât la nivelul sinelui cât şi la cel al manifestărilor situaţionale. O parte a acestora au fost etichetate ca deficit al funcţiei „coerenţei centrale".

În psihopatologie deficienţa coerenţei centrale a fost comentată în primul rând în autismul Kanner. Această disfuncţie deficitară a fost invocată pentru a explica manifestările comportamentale şi perceptive care nu pot fi explicate prin nedezvoltarea modulului ToM şi anume : - preocupări faţă de părţi ale obiectului (feţei) cu dificultăţi de a percepe întregul, ansamblul semnificativ; - fragmentarea percepţiei; - stereotipii; - dificultatea de a generaliza; - dorinţa obsesivă de identitate, nemişcare, netransformare; -

abilităţi constructive crescute; - repertoriu restrâns de interese. Aceste manifestări care nu implică relaţionarea cu altul au fost puse pe seama unei disfuncţii cerebeloase care în mod firesc sprijină căutarea unei informaţii prin orientarea atenţiei; precum şi configurarea unui obiect plasat într-un context şi asamblarea părţilor în întreguri semnificante. Aceste aspecte au fost mult studiate de psihologia configuraţionistă în sec.XX. În autism ar există astfel trei registre de deficit a simptomatologiei care sunt intercorelate : - deficienţe de intuire a intenţiilor celuilalt pe care o asigură ToM; - deficienţa de coerenţă centrală; - deficienţa de autopercepere, ce constă atât în dificultatea de identificare a propriei figuri (în oglindă) cât şi de a-şi atribui stări mentale. În plus, limbajul nu e utilizat cu sens comunicativ.

Manifestări care exprimă deficienţa capacităţii de sinteză psihică şi de manifestare a coerenţei centrale se întâlnesc nu doar în autism, spectrul autist ci şi în schizofrenie şi obsesionalitate.

În schizofrenie dezorganizarea ideo-verbală exprimă un deficit de structurare coerentă a gândirii şi exprimării discursive. Aceasta se desfăşoară : circumstanţial, tangenţial cu devieri, alunecări, cu deraiere, ajungând la incoerenţă; cu manierisme, stereotipii; sau aluziv, vag, telegrafic, hipereliptic. Intervine în plus şi o perturbare a arhitectonicii semantice, a echilibrului dintre concretul şi abstractul semnificaţiilor, cu tendinţa la abstracţii, cu neoformaţii semantice, fapt ce face exprimarea schizofrenului incomprehensibilă. Dar în prim plan se plasează incoerenţa discursului.

Relaxarea coerenţei în exprimarea narativă se întâlneşte şi în normalitate sau în marginea ei, în tulburarea schizotipală. Subiectul relatează şi comunică cu multe paranteze şi detalii inutile, hiperelaborat, digresiv, circumstanţial, tangenţial, păstrând cu greu obiectivul informaţional principal. E vorba de o relaxare a „câmpului semantic” centrat de obiectivul

comunicațional care ghidează desfăşurarea expunerii, o tensionează. Naratorul nu mai reuşeşte să găsească sinteza optimă, ținând cont şi de context.

Expunerea narativă aşa cum a fost comentată se desfăşoară după modelul „funcțiilor executive" care structurează acțiunea controlată cu scop. Relaxarea acesteia în aria propriu zisă a acțiunii poate fi urmărită cel mai bine în obsesionalitate, mai ales la tulburările de personalitate obsesiv-compulsive, anankaste. În aceste cazuri întâlnim : dificultatea deciziei şi trecerii la act, multiple proiecte alternative, preocupare exagerată cu planificarea şi organizarea, înaintarea dificilă spre final cu permanente verificări, reevaluări şi refaceri, finalizare dificilă, implicarea concomitentă în mai multe acțiuni paralele. Aceste asepcte au fost remarcate încă de la început de Janet care le explica prin „scăderea tensiunii psihice".

În obsesionalitate, împreună cu relaxarea coerenței centrale în direcția funcțiilor executive se evidențiază şi o problemă a limitelor psihismului persoanei. Pentru obsesiv limitele corporale sunt resimțite ca nesigure, amenințate în permanență de infestare. El tinde să se delimiteze cât mai clar de alte persoane cu care nu poate colabora decât dacă îl urmează într-u totul. Obsesivul, ca persoană, este zgârcit şi colecționar.

Această problemă a limitelor se pune altfel în cazul autismului Kanner, unde psihismul nu se diferențiază suficient ca subiectul să se identifice în oglindă. Perturbarea limitelor propriului psihic este intens trăită în schizofrenie. Pe de o parte, în cadrul sindromului de depersonalizare când sunt prezente variate iluzii de schemă corporală, uneori chiar sentimentul existenței unor limite între sine şi lume. Pe de altă parte distorsiunea delimitării sinelui nuclear se exprimă în schizofrenie prin simptmele de transparență influență. Alte persoane transgresează limitele resimțite ale

controlului intimității sinelui, ajung să cunoască intimitatea subiectului şi să i se substituie propriei voințe.

Există destul de multe simptome comune între autismul Kanner şi spectrul autist pe de o parte iar pe de altă parte patologia obsesivă (incluzând şi boala Tourette) şi schizofrenia dezorganizată. Rezumarea acestora într-un tabel e semnificativă. Aceste apropieri trebuie să aibă o bază. Aceasta poate fi căutată pe de o parte în deficitul funcției coerenței centrale iar pe de altă parte în organizarea patologiei în zona funcțiilor executive. Patologia obsesivă pare să realizeze, în formele sale tipice, o convergență semnificativă a acestor două deficite disfuncționale. Din schizofrenie, în această direcție se plasează ceea ce se numeşte schizofrenie dezorganizată şi deficitară. O importantă zonă a schizofreniei se exprimă însă în direcția interrelaționărilor, ca delir paranoid şi sentiment de supraveghere a intimității. În autism, deficitul e în ambele zone.

Tabel XXXVIII

Tabel comparativ cu simptomele din autism, obsesionalitate şi schizofrenie deficitară

Coerența centrală	Autism Kanner Spectru autist	Obsesionalitate malignă şi boala Tourette	Schizofrenie dezorganizată negativă
Stereotipii motorii, patternuri motorii fără finalitate pragmatică, ce descarcă o tensiune	xxx	xx	xxx
Ritualuri (corelate unor acțiuni obişnuite)	xxx	xx	x
Ceremonialuri motorii (lipsite de obiect pragmatic), manierismul	xxx	xx	xxx
Ticuri de diverse complexități	x	xx	x
Nevoia de a atinge pe alții sau obiecte (delirul de toucher)	xx	x	x
Preocupări față de obiecte neanimate	xxx	xx	xxx
Preocupare față de simetrie	xxx	xxx	xxx
Nevoia de fixitate a obiectului în spațiul înconjurător, reacția la schimbare	xxx	xxx	x
Preocupări şi abilități constructive	xxx	xx	x
Apragmatism tehnic	x	xxx	x
Preocupări față de numere aritmetice	xx	xxx	xx
Colecționarism	xx	xxx	x
Deficit de spontaneitate, intuiție, reacții adecvate	xxx	xxx	xxx
Atenția față de detalii cu deficiența perceperii ansamblului, a integrării părților într-un tot coerent şi semnificant, căutare țintită	xxx	xx	xx
Deficiență de centrare şi persistență a atenției (de căutare țintită a informației dintr-un ansamblu nestructurat)	xxx	xxx	xxx
Deficiență în ierarhizare informațiilor în raport cu importanța (filtru informativ ierarhizat)	xxx	xx	xx
Autopercepție deficitară (în...) şi a limitelor corporale (schema corporală)	xxx	xx	xx
Deficit de recunoaştere a fețelor	xxx	x	xx
Deficit de sociabilitate, de curiozitate şi nevoia de contact social	xxx	xx	xxx
Deficit de rezonare empatică	xxx	x	xxx
Deficiență în stilul comunicării verbale cantitative şi calitative şi calitatea comunicării verbale	xxx	x	xxx

În schizofrenie dezorganizarea se manifestă nu doar în plan ideoverbal ci şi în cel comportamental. Dar acum nu mai e prezent, ca la obsesie, efortul de a realiza acțiunea, chiar într-o manieră lipsită de cursivitate în care infrastructura funcțiilor executive se evidențiază chinuitor. Acum nehotărârea ajunge la ambivalență şi ambitendență sau chiar la abulie totală. Blocarea motorie din stuporul cataton şi manifestările stereotipe şi manieriste din agitația catatonă nu mai are nici un impact asupra realizării vreunui obiectiv. Dezorganizarea afectează acum major structura coerenței centrale a sinelui. Identitatea, centrarea pe sine, delimitarea şi coerența sunt prăbuşite. Pe când în cazul obsesionalității, chiar în formele maligne structura ierarhică a identității sinelui se păstrează. Şi se crispează în manifestările sale asupra limitelor, tocmai pentru a-şi păstra conturul şi identitatea.

Obsesionalitatea mai astrage atenția asupra unui aspect care se regăseşte de asemenea, deşi într-o formă puțin diferită, în spectrul autist şi al schizofreniei. E vorba de autocontrolul exagerat. La obsesiv acesta se manifestă ca autoanaliză, ca verificare repetată, ca tensiune de a menține tot timpul totul sub control. Această hiperreflexie apare ca o contracarare a unei tendințe la dispersie, la împrăştiere. Fenomenul hiperreflexiei a fost însă descris de mult şi în cazul schizofreniei, de ex. de Minkowski. Mai ales Blankenburg a atras atenția asupra cazurilor paucisimptomatice din schizofrenia hebefrenă în care se pierde capacitatea de participare la viața curentă deoarece există o atenție exagerată pentru fiecare detaliu nesemnificativ în percepție şi acțiune, astfel încât se perturbă „simțul comun”. Mai recent fenomenologi ca Sass, Parnas, Stanghellini, Fuchs, au acordat importanță deosebită „hiperreflexiei” din schizofrenie. Studiile

cognitiviste au arătat şi ele existența unui deficit de filtru informațional care să ierarhizeze semnificația informațiilor, subiectul ajungând să fie atent la orice detaliu. Dar fenomenul se extinde şi asupra acțiunii. Hiperreflexia face ca actele să nu se mai poată desfăşura spontan, subiectul simțindu-se obligat să fie atent şi să elaboreze şi să controleze fiecare detaliu al oricărui act firesc din viața de zi cu zi. Ceea ce în obsesionalitate se manifestă în autoanaliză şi hipercontrol exagerat în schizofrenie se exprimă ca hiperreflexie în raport cu percepția şi acțiunea, fapt ce conduce la pierderea controlului subiectului asupra realității, la dispersie, împrăştiere, dezordine majoră.

Încă un aspect pentru care obsesionalitatea e exemplară în patologia deficienței coerenței centrale este problematica ordinii. Este clasica preocupare exagerată a obsesivului pentru ordine. Preocupare care e însoțită de obicei de o constantă tendință la dezordine şi împrăştiere, motiv pentru care el se află sub blestemul sisific de a nu se opri din a face ordine. Şi nu e vorba doar de ordinea spațială ci şi de ordonarea – în sens de organizare – a activității, de ordonare – deseori clasificarea şi sistematizarea - a posesiunilor, de menținerea sau refacerea ordinii în plan social. În planul spațial al preajmei nevoia de ordine şi conjugă cu cea de curățenie, ambele trimițând la la buna delimitare de ambianță, cu control asupra posibilelor infestări. În ordonarea activității, centralitatea şi delimitarea intră de asemenea în joc. Menținerea ordinii, dar şi a limitelor, apare şi ca o apărare față de tendința interioară la dispersie, împrăştiere. Dar dezordinea chiar dacă apare în obsesionalitate, nu grevează pronunțat structura persoanei.

În schizofrenie dezordinea se prezintă altfel. Ea exprimă desigur deficitul de coerență centrală şi apare ca dezorganizare în plan ideoverbal şi motivațional comportamental. Dar acum dezordinea şi dezorganizarea nu

mai menţin limitele şi coerenţa nici la modul bazal. Psihismul apare ca fragmentat, ca manifestându-se prin fragmente fără legătură semnficativă, fără coerenţă şi structură, fapt ce a şi dat denumirea bolii. Limitele sinelui şi limitele coerenţei sunt depăşite. Dezordinea învinge, astfel încât se ajunge la haos. Haosul dezordinii majore nu mai poate fi semnificant. Apare golul, nimicul de semnificaţie. Schizofrenia dezorganizantă evoluează la acest nivel împreună cu cea deficitară, negativă, manifestându-se ca absenţă de intenţionalitate, de dorinţe, afectivitate, intenţie, acţiune. Ca şi vid sufletesc.

Vidul, golul, poate fi resimţit şi subiectiv. Trăirea golului interior, ca plictis extrem, ca „urât" e diferită de depresie şi anxietate. Dezordinea haotică şi vidul sufletesc, trăirea nimicului din această arie de psihopatologie este un registru specific.

*

* *

Deficitul de sinteză, de coerenţă centrală şi structurare ierarhică a sinelui şi a manifestărilor sale poate fi rezumat şi schemtizat din câteva incidenţe :

- deficienţa ordonării părţilor într-un ansamblu ierarhic coerent, semnificant, care să funcţioneze sinergic şi eficient.
- deficienţa sintezei funcţionale în vizare, receptare şi execuţie semnificativă, prin implicarea contextului şi parcurgerea unor etape şi nivele, care prin articularea lor conlucrează la un rezultat pozitiv; rezultat care să aibe prin el însăşi o coerenţă semnificantă, comprehensivă, cauzală.
- deficienţa de delimitare a sinelui în cadrul raportărilor, cu diferenţierea între un interior (subiectiv) centrat şi un exterior vizat,

structurat contextual limite care asigură subiectului baza identității sale.

Aspectele comentate în această anexă încearcă să aducă puțină lumină asupra unor aspecte normale şi patologice ale persoanei. Anxietatea e o trăire centrală, în care subiectul se simte destabilizat şi în pericol, fapt ce-l pune în tensiune. Ea anunță moartea, dispariția. Dar anxietatea se poate extinde în egală măsură spre aria relaționării cu alții şi spre cea a acțiunii. Dispozițiile afective exprimă o raportare atitudinală a sinelui la situație în ansamblu. Autoevaluarea prereflexivă a acestei poziționări se află în centrul trăirii care vizează nemijlocit şi global situația. Relaționarea interpersonală, care care permite comunicarea, legătura, ataşamentul, dragostea, este esențială în viața oamenilor. În cuprinsul ei apare şi se manifestă suspiciunea față de alții, față de faptul de a fi supravegheat, față de atitudinile ostile. Această suspiciune cuprinde o importantă arie a psihopatologiei, mai ales în direcția delirului halucinator paranoid. Ea se conjugă cu anxietatea. Convingerile în idei delirante se dezvoltă în plan reprezentațional în aria atitudinilor şi relaționărilor față de alții şi față de sine. Ele nu privesc cunoştințele generale sau constatările empirice în care subiectul nu e implicat situațional. Perceperea experiențială a unei situații problematice în care subiectul e angajat se referă totdeauna şi la semnificația acesteia. Patologia percepției e astfel strâns corelată cu cea a delirului. Pierderea capacității de sinteză a coerenței centrale exprimă perturbarea unei funcții speciale a sinelui, care menține identitatea, limitele şi structurarea sa ierarhică. Ea se evidențiază mai pregnant în zona executivă a comportamentului şi discursului. Deficiența coerenței centrale conduce la dezorganizare şi nu la delir, deşi se poate corela cu acesta, mai ales în schizofrenie. Aspectul cel mai pregnant este dezordinea, haosul

dezorganizant şi vidul sufletesc, plasat la un pol opus dar simetric față de trăirea anxietății.

Între anxietate şi vid sufletesc, psihopatologia umană relevă infrastructura psihismului persoanei conştiente.

Anexa III

Psihopatologia clinică între Jaspers şi Ey

Psihopatologia, care s-a afirmat ca ştiință în ssec.XX, s-a dezvoltat şi ea după modelul unor paradigme sau şcoli. Exemplară poate fi considerată psihanaliza care, întemeiată de Freud a avut nenumărați disidenți care au păstrat însă unele idei de bază, un nucleu teoretic ce s-a menținut cu toată metamorfoza interioară a doctrinei. Într-un fel se poate spune că spre finalul sec.XX psihologia eului, care domină scena psihanalizei şi se poate articula cu cognitivismul, etologia şi neuroştiințele, se află departe de rolul minor al Ego-ului din doctrina originală. În psihanaliză ideea de doctrină a fost dominantă.

Acelaşi lucru se poate spune până la un punct despre psihopatologia de orientare fenomenologică, comportamentalistă sau chiar cognitivistă. În schimb, în psihopatologia clinică ideile importante s-au legat mult timp de personalități de prestigiu. Cel puțin aceasta a fost situația în Europa până înainte de apariția DSM-III, între Jaspers şi Ey.

Karl Jaspers poate fi considerat întemeietor oficial al psihopatologiei, deoarece lucrarea sa cu acest titlu s-a impus ca un corp de cunoştinte coerent, care pentru psihopatologia clinică – dominată inițial de şcoala germană- reunea şi susținea un grupaj de concepte care s-a rafinat pe parcurs. Coerență care s-a fisurat doar odată cu impunerea unui nou tip de om – homo americanus – către sfârşitul sec.XX. Dar şi atunci ideile de bază nu au dispărut ci s-au metamorfozat, odată cu traducerea lor într-un nou limbaj.

Psihopatologia lui Jaspers este în primul rând o operă metodologică şi nu doctrinară. Jaspers, care s-a afirmat în cele din urmă ca filosof existenţialist, era plasat în mijlocul dezbaterii fierbinte pe vremea sa, privitor la legitimitatea şi metodologia „ştiinţelor umane" („Geistwissenschaft" în germană, literar „ştiinţe ale spiritului") ca diferite de „ştiinţele fizico matematice ale lumii obiective", aşa cum se dezvoltaseră acestea în Europa de după Renaştere. Principala referinţă în filosofie era Dilthey şi unii reprezentanţi ai neo-kantianismului, (Rickez, Natrop) a căror idei Jaspers le-a preluat şi dezvoltat. În plus, în atmosfera filosofică a vremii mai era cultivat un personalism fenomenologic – de exemplu prin Max Scheller – care acordă o valoare transcendentă ideii de persoană morală, fără a o desprinde de contingenţa existenţei sale efective şi afective. Jaspers a considerat şi el că ideea de persoană este una deosebită şi nu şi-a permis să opereze cu ea cu dezinvoltura cu care o vor face mulţi psihologi şi sociologi din sec.XX.

Psihopatologia lui Jaspers comentează modalitatea de a obţine informaţii despre existenţa omului bolnav psihic, de a sistematiza aceste informaţii şi a le integra în cunoştinţele comunitare ale ştiinţei psihiatrice, căreia îî subliniază caracterul de „construct" teoretic. Cele mai multe simptome psihopatologice sunt subiective astfel încât investigatorul trebuie să găsească modalităţi de a avea acces la acest univers „fenomenologic", de a-l înţelege, sistematiza şi eticheta. În cursul apropierii de lumea interioară a celuilalt, apare în unele cazuri, la un moment dat un zid al „incomprehensabilităţii". Alte metode sunt observarea externă a comportamentului, măsurătorile cantitative prin probe psihologice şi examinarea corporală. Dar şi orice metodă prin care subiectul ajunge să îşi exprime trăirile sale şi specificitatea vieţii sale umane : memorii, scrisori,

produse artistice, jurnale, autobiografii; şi încă, întreaga expresivitate a fisionomiei, înțeleasă într-un sens larg. Clinicienii de după Jaspers nu au mai fost la fel de interesați să urmărească nuanțele sufletului celui bolnav psihic, căutând variante mai standardizate ale „cazului psihopatologic". Un ultim răsunet al acestui demers de investigare se găseşte în opera psihologului american Allport, care făcuse la vremea sa studii temeinice în Europa.

O a doua contribuție importantă a lui Jaspers a constat în sistematizarea conceptelor principale care se referă la instalarea şi manifestarea stărilor psihopatologice. Deoarece cartea sa a avut ediții succesive, în ea s-a putut reflecta nuanțările progresive ale acestor concepte de către clinicienii vremii. E vorba de : reacția comprehensibilă, dezvoltarea prevalențială, „procesul" psihopatologic endogen, fazele tulburărilor psihotice periodice, procesul organic şi defectul psihic. La unele din aceste concepte Jaspers a adus o contribuție personală. Conceptul de personalitate psihopată l-a introdus Schneider.

Reacția comprehensibilă a fost introdusă în psihpatologie de către Jaspers, ca manifestare în raport cu un eveniment trăit, care este similară cu cea trăită de orice om sau anormală ca intensitate şi durată. Din principiu e delimitată în timp. În nosologia actuală e comentată în acest sens „reacția acută la stres". Dezvoltarea prevalențială a fost comentată de Jaspers inițial pe tema geloziei, ocazie cu care e diferențiat-o de delirul de gelozie. Sprfe deosebire de delir, dezvoltarea unei stări anormale e până la un punct plauzibilă şi sensibilă, apărând la persoane mai sensibile, eventual ocazionată de evenimente ambigui. Ulterior, s-a insistat mult asupra dizarmoniei personalității, biografiei, întreținerii tulburării prin reacția ambianței etc. În prezent tema e reactivată de cognitivism ca un comportament centrat de o idee supraevaluată. În vremea lui Jaspers era

acceptat unanim că suferința organic cerebrală poate condiționa tulburări psihice. În psihopatologia lui Jaspers această situație este etichetată ca „proces organic”. Boenhoffer a comentat aşa zisa „reacție exogenă” în sensul că în raport cu noxe biologice creierul reacționează relativ nespecific astfel încât paleta simptomatologiei poate fi largă. Jaspers a preluat aceasta şi a formulat aşa zisul „principiu ierarhic” care-i poartă numele. Conform acestuia specificitatea tabloului clinic se specifică în raport cu gravitatea etiopatogeniei, dinspre organic spre psihogen. Cauzalitatea organic cerebrală – procesul organic – e nespecific putând induce practic orice tablou psihopatologic; psihozele endogene au o specificitate definită; nevrozele manifestă o patologie mai puțin gravă (nu deteriorează înțelegerea realității) şi au o simptomatologie precisă. Reacțiile comprehensibile se articulează cu semnificația situației ce le-a declanşat. În vremea lui Jaspers nu se punea problema tranziției, sub forma unui continuum, între aceste zone de patologie. După episoade organice sau endogene se poate ajunge la defect psihic, global sau sectorial. Partea esențială şi specifică a psihopatologiei era ocupată de psihozele endogene ce se plasau între procesul organic – dezvoltarea prevalențială – şi reacția comprehensibilă.

Psihopatologia lui Jaspers şi cea care a urmat a fost centrată timp de peste jumătate de veac de problematica psihozelor endogene. Conform dichotomiei lui Kraepelin în centrul acestora stătea schizofrenia (fost demență precoce) şi psihoza maniaco-depresivă. Era acceptată şi paranoia. Dar, un loc important îl ocupă şi epilepsia, psihozele epileptice. Psihopatologia lui Jaspers sintetizează punctul de vedere al epocii care considera că aceste psihoze endogene exprimă un „proces psihopatologic”. Nu e vorba doar de cauzalitate – o cauzalitate necunoscută exact dar plasată în zona de interferență între biologie şi structura specific umană a

psihismului – ci şi de o modalitate specială de derulare a vieții psihice care iese din orbita relaționărilor, comunicărilor şi influențelor psihopatologice fireşti. Parcusul psihopatologic se manifestă cel mai clar în cazul schizofreniei a cărei instalări se face printr-o ruptură a structurii psihice, ca în cazul unei zguduiri sau lovituri puternice primite (în germană s-a folosit termenul de „schub"). Ideea de d ezorganizare a structurii psihice a fost ideea principală care comenta trecerea de la normalitate spre autism, bizareria şi trăirile halucinator delirante ale schizofrenului cu care nu poate comunica. Ideea de „proces psihopatologic" voia să sugereze şi tendința la destructurare psihic progresivă. Dar tot pentru psihozele endogene psihopatologia lui Jaspers comenta saltul „fazic" pe o altă orbită psihică pe care-l trăieşte maniacalul şi melancolicul.

Fazele psihozei maniaco-depresive se repetă periodic, pot evolua spre o bună remisiune, nu destructurează psihismul ca schizofrenia. Dar tot în psihoză ne plasăm, nici cu maniacalul nici cu melancolicul nu poți comunica, nici starea lor nu o poți întelege. Patologia endogenă se manifestă şi în delirul neschizofren, fapt pe care Jaspers l-a comentat încă înainte de a scrie Psihopatologia. Gelosul prevalent se diferențiază de delirant, la ultimul intervenind de asemenea mutația procesuală.

Aceste concdepte psihopatologice pe care cartea der eferință a lui jaspers le-a consacrat au fost uzuale în psihopatologia clinică până în anii 70 ai secolului trecut.

Jaspers a jucat un rol în impunerea metodologică a temei „cazului tipic exemplar" în psihopatologie. Acest demers exprimă şi poziționarea sa filosofică în continuitatea lui Dilthey şi a unor reprezentanți ai neokantianismului a căror idei le dezvoltă. Ştiințele fizico-matematice ar fi în esența lor nomotetice, fenomenele obiective ale acestora stând sub legi

(„nomos”=lege) naturale pe care cercetătorul le descoperă. De aceea ele se dezvoltă prin studierea empirică a multor cazuri, prin generalizări, prin sumă statistică. În domeniul ştiinţelor umane – deci şi a psihopatologiei – esenţială e înţelegerea, comprehensiunea a ceea ce e esenţial şi semnificativ. Dilthey a reactivat hermeneutica lui Schleirmacher iar Jaspers dezvolta ideea că pentru a progresa ştiinţific în această zonă a realităţii trebuie să pătrundă în interioritatea existentei altui om, să-l înţeleagă cât mai bne şi apoi să sintetizeze cazl acestuia astfel încât el să devină semnificativ pentru o problemă cercetată. Prezentarea pregnantă a unui caz tipic şi semnificativ clarifică, luminează problema şi e mai importantă decât cumularea statistică a multor cazuri, făcută artificial şi prin accidente exterioare, Cazul tipic exemplar, semificativ, poate fi unul real. Dar, pentru cunoaşterea sa se poate sintetiza cazuistica, se pot construi cazuri tipice ideale, cu valoare de exemplaritate. Important e ca esenţa problemei să fie surprinsă şi prezentată adecvat. Eventual, aceste aspecte esenţiale pot fi conturate mai pregnante, dar nepărăsind zona cazuisticii.

Tema cazului tipic exemplar a fost dezvoltat în ştiinţele umane şi de Max Scheller şi de alţii. Ea a jucat un important rol în psihopatologie, mai ales că marile sindroame sau chiar unele categorii nosologice pot fi bine exemplificate prin astfel de cazuri. Procedeul persistă până în prezent, cu utilizarea diverselor tehnici de rezumare sau construire a cazurilor.

De reţinut că Jaspers, deşi şi-a intitulat capitolul de comentare a trăirilor psihopatologice subiective ca „fenomenologie” nu a făcut parte din mişcarea filosofică şi psihpatologică propriu zis fenomenologică a sec.XX.

Psihopatologia clasică germană pentru care Jaspers a pus piatra de temelie şi-a încheiat contribuţia lent, topinduş-se în faţa noului val al psihopatologiei anglo-saxone. În 1956 unul din celebrii profesori ai şcolii

din München, Kurt Kolle, publică o carte intitulată : „Große Nervenärzte”, în care trece în revistă 23 personalități din domeniul psihiatriei. Jaspers nu se află printre ei, ceea ce e firesc, deoarece nu a practicat psihiatria. Dar profesorii oficiali de psihiatrie, chiar celebri, nu au fost cu toții interesați de psihopatologie. După cum nici toți marii psihopatologi nu au fost automat profesori. Acesta e şi cazul lui H.Ey, care a dominat scena psihopatologiei franceze peste 30 de ani, fiind medic la Bonevalle. Se poate spune că odată cu sinteza sa, psihopatologia clinică clasică a Europei îşi încheie ciclul.

Demersul lui Ey este şi el unul predominent teoretic. El s-a servit serios de cazuistica sa personală dar nu a beneficiat de tradiția cazuistică obişnuită a marilor clinici europene, ca cea din München, Heidelberg, de la Bürgöltzi sau de la Salpetriere. Şi nu era impusă în epoca sa vre-o regulă de selecție a cazuisticii, aşa cum se va proceda după criteriile St.Luis, DSM-III şi mişcarea „medicinei bazate pe dovezi”, care în psiuhiatrie s-a reflectat mai ales în field trial-uri pentru studii clinice în vederea studierii eficacității medicamentelor. Ultima sa mare lucrare, „Traite de Hallucinations”, prezintă de la început descrierea unor cazuri de referință din experiența personală a autorului. Dar acest lucru era insuficient pentru penetranța internațională a unei metodologii care să asigure consensul între cercetări asupra cazurilor studiate. În plus referințele sale cazuistice au în vedere în mod clar cazuri azilare, ceea ce după anii 80 nu a mai putut fi acceptat.

Sinteza teoretică a lui Henry Ey se bazează pe ideea lui Jackson a evoluționismului fixat în structură, în creier şi în psihismul persoanei. Trimiterea explicită a lui Jackson îi permite să vorbească despre deficitul psihic din stările psihopatologice. Simptomatologia va rezulta din: - absența unor funcții superioare, care sunt cele mai fragile la perturbare fiind cele mai frecvent achiziționate; - manifestarea unor funcții mai bazale, mai primitive

filo-ontogenetic, care erau acoperite de funcţiile superioare ce se perturbă; - efortul de reorganizare şi readaptare a psihismului în noua situaţie creată. Ey găseşte argumente pentru această idee nu doar la Janet ci şi la Bleuler şi Freud, precum şi la mulţi alţii. Căci o importantă parte a operei sale a constat din istoria doctrinelor psihopatologice, publicate în anii 50 într-o suită de lucrări intitulate „Etudes psychiatriques".

Simţind curentul de idee care în epocă se opunea misterioasei etiopatogenii „endogene" Ey formulează sintagma „organo-dinamismului". Conform acesteia, există o suferinţă primară organic-cerebrală, principala care condiţionează „negativitatea" simptomatologiei. Secundar acesteia se „eliberează" o serie de manifestări psihice dinamice, care dau un conţinut „pozitiv" dar aberant stărilor psihopatologice. Această schemă formulată încă de Bleuler, dar Ey regăseşte coordonatele la toţi marii psihopatologi ai sec.XX. Sincretismul puţin cam artificial al autorului are în schimb virtutea de a indica o relativă unitate de gândire în psihopatologia clinică a sec.XX, care se mişcă în jurul ideii de „proces psihopatologic" pe care-l formula cartea de început a lui Jaspers. Efortul autorului francez nu a putut însă salva tradiţia, nici prin trimiterea la evidenţa „disoluţiei câmpului de conştiinţă" - care se produce în mod natural între starea de veghe şi cea de somn cu vise - nici prin trimiterile fireşti în viziunea structuralistă a epocii la diferenţa dintre „sincronia" psihismului actual (a structurii câmpului de conştiinţă) şi „diacronia persoanei morale". În principiu, proiectul psihopatologiei clinice prezent în lucrarea lui Jaspers era epuizat „în termenii săi" (nu în problematica sa). Astfel încât Ey nu a putut crea şcoala.

Henry EY şi-a structurat opera teoretică înainte de apariţia psihopatologiei evoluţioniste, developmentale şi cognitive. Ceea ce a făcut el era maximum a ceea ce se putea face pe atunci d.p.d.v. al evoluţionismului:

referința la fixarea evoluției în structură, pe care în secolului XIX Jackson a intuit-o în neurologie. Dar Ey a mai avut o intuiție remarcabilă; aceea din a gândi şi vorbi despre un „organism psihic”. El trebuia să traducă concepția lui Jackson în termenii psihismului, în referința metaforică la persoana umană. În concluzie Ey a vorbit despre persoană ca despre un organism biologic dar care are altfel de „organe”, care au altă destinație decât organele funcționale ale indivizilor biologici, destinate a căror scop e să asigure supraviețuirea individului şi să servească perpetuării speciei. Această idee ar merita poate atenție şi în epoca actuală, în cadrul unei regândiri a psihopatologiei.

Anexa IV

Spiritul ştiinţific contemporan în care a apărut şi s-a dezvoltat DSM-III

Concepția despre tulburarea mentală pe care o exprimă DSM-III-IV – şi până la un punct ICD-10 – este expresia cunoştinţelor actuale în domeniu, a rezultatelor ştiinţei actuale. Aceasta îşi are însă şi ea fundamentele şi istoria ei care se cere a nu fi ignorată atunci când adoptăm o atitudine „ştiinţifică" faţă de fenomenele psihopatologice. Pe lângă paradigma „cunoaşterii prin cauze" formulată încă de Aristotel, este funcțională până la un punct şi cea a „cunoaşterii prin istorie", a cărei simbol este Hegel. Actuala configurație a patologiei psihice rezultă din cel puțin 200 ani de observare atentă a bolnavilor, predominent a celor internați în spitale. Această observare a condus la decantarea marilor şi esențialelor „sindroame psihopatologice" pe care se bazează şi actualul sistem DSM-III-IV, fapt care implică un fond valoric tradiționalist, aşa cum remarca Sandler. Faptul că se pune accentul pe existența unui „sindrom clinic semnificativ" se bazează pe această tradiție obiectivantă. Sistemul DSM-III-IV are la bază o orientare ştiinţific-empirică, ce exclude intervenția factorilor „supranaturali". Din acest punct de vedere el se înscrie în tradiția ştiinței europene moderne ce s-a dezvoltat după Renaştere. Pentru înțelegerea stării actuale de lucruri şi a perspectivelor, este util un scurt excurs în această direcție.

Odată cu Renaşterea europeană a început să se desfăşoare un program al „ştiinței" care a mutat explicația fenomenelor de la cauze supranaturale şi Dumnezeu la cauze prezente în sânul „Naturii", astfel încât fenomenele să fie reproductibile şi controlabile. Progresiv, ştiința medicală, ce a ajuns să cuprindă şi psihiatria, nu a mai acceptat cauze supranaturale pentru boli. Pentru bolile psihice a fost rejectată ideea de posesiune demoniacă, vrajă sau

blestem. Tulburările psihice trebuiau şi ele astfel definite şi înțelese încât să poată face obiectul unei cercetări ştiințifice sistematice şi reproductibile, care să găsească cauzele lor „naturale", permițând intervenții terapeutice şi preventive eficace.

Conceptul de Ştiință ce se conturează în Renaştere este diferit de cel antic. Ştiința nu are ca obiectiv să descifreze esențele din spatele fenomenelor. Ea se ocupă de fenomene, de interacțiunea dintre acestea. Fenomenele sunt observabile, de pe o poziție neutră, neangajată doctrinal, spiritual. Şi asupra lor se pot trage concluzii pe baza acumulării inductive (Bacon). Ceea ce stă în spatele „tematicii" fenomenelor, adică „matematica", este şi ea obiect al ştiinței. Iar „tematica" ştiinței, împreună cu „matematica" ce analizează şi ordonează fenomenele dintr-un plan ideal-transcedental, este o zonă publică. O zonă antropologică exoterică şi nu esoterică, la care poate avea acces oricine, prin instruire. Cel puțin aşa se va susține în epoca luminilor. Zonă ce poate fi ameliorată, în sensul adâncirii cunoaşterii fenomenale, de toți cei care contribuie la progresul domeniului public al Ştiinței, la construirea şi metamorfoza Teoriilor ştiințifice. Universitățile, ca centre de formare a intelectualilor, îşi mută preocupările dinspre teologie şi drept spre ştiințele pozitive ale Naturii, pregătind apariția Institutelor de cercetare.

Întreg acest proiect şi program are în spate o anumită polarizare a lumii umane între două extreme : subiect şi obiect. Acest fapt, este exemplificat paradigmatic în epocă, prin afirmarea carteziană a celor două realități : res cogitans şi res extensa. Subiectul – ca subiect conştient ce se adânceşte în subiectivitatea sa, ca „rescogitans" – are în față realitatea obiect, ca pe ceva exterior, distinct de sine, obiect al studiului său ştiințific – res extensa. Natura este în mare cognoscibilă, fenomenele sale sunt studiate

empiric şi delimitate în forme reproductibile. Rezultatele acestei cercetări, prinse în chingile „ma-tematicii", ce beneficiază acum şi de conceptele de zero şi infinit, tind să se organizeze în „teorii ştiinţifice" despre natură. În această direcţie s-au dezvoltat iniţial ştiinţele despre natura neumană, deci fizica şi apoi chimia şi biologia. Medicina a fost cuprinsă în acest proces. Când, la cumpăna dintre sec.XVIII-XIX psihiatria e acceptată ca parte a medicinei, ea are la dispoziţie o „clinică medicală" care priveşte bolnavul ca „obiect" de obseervat şi studiat (Foucault). În plus, bolnavul psihic era plasat în poziţia de „obiect" şi prin tradiţia claustrării sale în câmpuri de concentrare distanţate de comunităţile umane, urbane, proces ce a început o dată cu „Epoca Raţiunii" în sec.XVII (Foucault). Faptul a condus la formularea în a doua jumătate a sec. XIX la doctrina lezional locaziţionistă a cauzalităţii bolilor în general (doctrina Wirchow) şi a cdelor psihice în special (Wernike) . Această viziune a stat la baza fundamentării psihiatriei clinice la începutul secolului XX de către Kraepelin. Ea stă şi azi la baza concepţiei neokraepeliene pe care o promovează DSM-III-IV.

La cumpăna dintre sec. XIX şi XX în Europa se anunţă apariţia „ştiinţelor umane". În această perioadă lumea occidentală avea la dispoziţie doctrina evoluţionistă pe care o pretindea paradigma ştiinţifică occidentală de după Renaştere. Ştiinţele fizico-biologice, care deja se constituiseră în conformitate cu paradigma amintită, se prezenta ca ştiinţă „nomotetică", guvernată de legi şi evaluată specific acesteia. Psihopatologia clinică actuală dublează studiile ştiinţifice prin studii cazuistice şi analize de caz. Prin aceasta psihiatria biologică şi interesul pentru neuroştiinţe nu e cu nimic anulat.

Întreaga psihopatologie a sec.XX a cultivat referinţa la caz. Analiza şi interpretarea de caz a fost esenţială în psihanaliză şi fenomenologie dar şi în

întreaga psihopatologie clinică. Toate manualele clasice şi actuale fac referință la cazuri, în sensul exemplificării. Studiul cazuistic a beneficiat de tradiția literaturii româneşti europene, precum şi de cea a biografiilor şi autobiografiilor. Studiul de caz şi invocarea cazurilor a avut o poziție oscilantă în psihopatologia clinică europeană. Unele doctrine l-au exaltat, altele au tins să îl ignore. Dezvoltarea psihologiei narative a persoanei îi dă în ultimul timp noi valențe complementare studiilor cazuistice care se fac după rigori de selecție derivate dintr-o atitudine empirica abstractă. Care şi ea se revendică de la tradiția psihologia europene.

În prima jumătate a sec.XX în psihologia şi psihopatologia s-a manifestat tensiunea dintre perspectiva obiectivantă şi cea care punea accentul pe specificul conştient al persoanei. Prima atitudine a fost însă dominantă beneficiind de imensul prestigiu al ştiințelor teoretico-experimentale. Odată cu comportamentalismul ilustrat de Skinner, proiectul ştiințific al psihologiei ea a propus punerea între paranteze a ceea ce se petrece în interiorul psihismului uman şi studierea doar a corelațiilor dintre stimulii care intră în "cutia neagră" a psihicului şi comportamentul înregistrabil care rezultă. Tot o atitudine experimentală a avut şi configuraționismul, care a cultivat studii pe animale ce au condus spre etologie. Dar, odată cu progresele în modelarea proceselor psihice cognitive prin intermediul inteligențelor artificiale a calculatoarelor, a crescut interesul pentru detalii a acestor procese ce se voiau modelate. Faptul a impulsionat deschiderea "cutiei negre" şi studierea amănunțită a funcțiilor psihice clasice care însă nu puteau fi despărțite de conştiință. Proiectul ce s-a dezvoltat în strânsă corelație cu dezvoltarea neuroştiințelor şi a neurolingvisticii a condus către sfârşitul sec.XX la impunerea cognitivismului neoraționalist. Acesta a acceptat pentru psihismul uman două perspective: cea a "persoanei întâi"

plasată la nivelul subiectivității conştiente şi cea a "persoanei a treia" care abordează realitatea în manieră ştiințifică. Psihologia observațional experimentală a avut un teritoriu fecund în zona psihologiei animale prin studierea comportamentului acestora cu mediul lor natural. Etologia astfel constituită s-a dovedit a avea importante aplicații în psihologia developmentală care a beneficiat şi ea de studii observațional experiențiale. Progresele în domeniul geneticii şi al paleontologiei au condus la o reactivare recentă a darwinismului. Neodarwinismul astfel instituit consideră că psihismul joacă un rol fundamental în evoluție, selecția naturală operând în mod esențial asupra funcțiilor psihice. Omul, cu psihismul său complex este rezultatul acestei selecții care a funcționat în tot cursul de aproximativ două milioane de ani a formării sale inclusiv în perioada ultimilor 10.000 ani şi în cea istorică. Iar fenomenul esențial al secleției psihice s-a desfăşurat la om în direcția controlului acțiunii cu scop şi a relaționărilor interpersonale conştiente. Astfel, în final, atât prin cognitivism cât şi prin evoluționism, conştiința îşi recâştigă dreptul în cetate. Iar psihologia developmentală studiază apariția şi dezvoltarea ei progresivă în cursul ontogenezei, fapt ce a permis absorbția unei părți din tradiția psihanalitică. În mod evident, noul interes pentru "perspectiva persoanei întâi", pentru trăirile subiectiv conştiente, a reactivat fenomenologia.

Ştiinta europeană ce s-a dezvoltat inițial în cadrul unui raport subiect obiect simplu, bazându-se pe studierea faptelor empirice, a cazurilor din realitate, pe care le adună şi le sistematizează în teorii ştiințifice. La începuturile acestei ştiințe Bacon, în Novum organon, face un impresionant inventar a "cazurilor" pe care ştiința le întâlneşte. Cazul exprimă realitatea întâlnită de om, delimitată, studiată şi descrisă de el într-un anumit limbaj şi după anumite criterii, pentru beneficiul ştiinței. Tot la începutul ştiinței

europene Descartes comentează pe larg cadrul teoretic de care ştiinţa are nevoie şi care în cele din urmă face apel la o infrastructură matematică. Ştiinţele naturii în dezvoltarea lor impetuoasă a făcut apel la ambele perspective. Astronomia şi până la un punct fizica au pus un accent deosebit pe elaborarea teoretico matematică, cazul observaţional încadrându-se în teorie pentru a confirma sau invalida. Dar, pe măsură ce preocupările s-au mutat de la fizică la chimie şi biologie, observarea şi studierea cazurilor empirice, inclusiv experimentale, a câştigat o pondere tot mai importantă. În sec.XX s-a ajuns la un echilibru considerându-se că atât aspectul teoretic cât şi cel empiric, al studierii cazurilor, sunt importante în ştiinţă. A apărut chiar un domeniu de studiere a apariţiei şi metamorfozelor teoriilor ştiinţifice, a transformării acestora, ilustrat cu pregnanţă de Popper şi Kuhn. Doctrinele în această direcţie s-au rafinat progresiv dar câteva aspecte esenţiale s-au impus. Între acestea e şi faptul că "date empirice", adică faptele ştiinţifice culese empiric, prin observaţie şi experiment - şi care sunt descrise, colecţionate, sistematizate, interpretate etc., .- nu au sens în afara unei teorii, a unui câmp teoretic. Teoria este cea care condiţionează criteriile după care sunt selecţionate cazurile, condiţiile experimentale care sunt avute în vedere, limbajul în care cazurile sunt descrise. Cazurile derivă din teoria şi ele servesc teoria: o confirmă, clarifică aspectele problematice ale acesteia, ridică probleme de rezolvat în viitor. Câmpul teoretic ce stă în spatele recoltării de date observaţional empirice, este uneori explicit şi bine sistematizat, alteori e mai mult implicit. Dar el există întotdeauna şi orice studii empirice trebuie să se înscrie într-un anumit câmp teoretic sau doctrinar. Acest fapt e deosebit de important în ştiinţele umane din care face parte şi psihopatologia. Şi, pornind de la studiul de caz tipic exemplar, au tins multă vreme să ignore planul teoretic ideologic care le stă în spate.

Psihopatologia s-ar plasa la intersecția între tradiționalele ştiințe fizico-biologice şi cele antropologice. De fapt, această împărțire pare în prezent depăşită. Evoluționismul, cognitivismul şi perspectiva developmentală sugerează o perspectivă comună de abordare a tuturor fenomenelor ce se afirmă prin proiecte (design) ale unei agenții (Boton, Bogdan). Lăsând la o parte astfel de considerente abstracte, aria de studiu a psihopatologiei se cantonează totuşi într-un domeniu în care se manifestă ființe conştiente, care apelează la valori. Fapt ce nu mai e ignorat în prezent de nici o abordare ştiințifică a psihopatologiei. Pe de altă parte ştiința nu mai are pretenția de a avansa cu cunoaşterea până la fundamente ultime. Ea are în vedere un câmp fenomenal al realității pe care-l abordează şi-l transpune într-un domeniu teoretic şi doctrianr prin modele care să permită explicații şi previziuni. În cadrul acestei atitudini se cere mereu conştientizat faptul că datele culese, faptele, cazurile înregistrate, alimentează un câmp teoretic şi îi sunt tributare acestuia în ceea ce priveşte metodologia de selecție şi descriere. Efortul în ştiința psihopatologiei se cere făcut şi în această direcție. Se cere în prezent o preocupare sistematică în elaborarea de modele teoretice care să poată interpreta realitatea transpusă în cazuistică şi datele tradiționale sau investigate actual. Fără un efort teoretic explicit şi nu doar implicit progresul în cunoaştere e încetinit.

Anexa V

Mişcarea antipsihiatrică şi naşterea DSM-III

Psihopatologia clinică s-a constituit ca ştiinţă având drept referenţial cazuistica clinicii psihiatrice, care continua tradiţia azilelor de neuropsihiatrie din secolul XIX. Marile spitale din Europa se impuneau prin profesori de prestigiu care creeau şcoli şi adunau o cazuistică semnificativă. Desigur, psihopatologia s-a dezvoltat şi în afara acestora cu referinţă la centre şi spitale mai puţin faimoase sau bazându-se pe cazuistica de cabinet, mai ales odată cu dezvoltarea psihoterapiei. Exemplar e Freud şi şcoala psihanalitică. Dar odată cu acestea limitele între cazul psihopatologic şi normalitate s-au estompat progresiv.

După al doilea Război Mondial, odată depăşit mijlocul sec.XX, omenirea s-a trezit în faţa unor mişcări sociale fără precedent. În dezbatere erau revendicări sociale, politice, de independenţă naţională, de promovare a demnităţii omului, de sens existenţial. A luat amploare filozofia existenţialistă şi personalismul, polarizate între religie şi ateism. S-a discutat mult despre libertatea interioară, de „angajare existenţială" şi despre lipsa de dimensiune a mentalităţii burgheze. În această atmosferă, psihiatria – în calitatea sa de seismograf antropologic – s-a văzut desprinsă de tradiţia clinicilor azilare, resimţite tot mai mult ca similare închisorilor. De fapt condiţiile de viaţă din spitalele de psihiatrie erau realmente degradante şi alienante, fapt ce a mobilizat nu doar pe entuziaştii reformelor ci şi pe oamenii de ştiinţă riguroasă, ca Wing. În plus, doctrina psihanalitică care invadase şi psihopatologia clinică tradiţională – mai ales în SUA, nava amiral a lumii occidentale – nu oferea condiţii riguroase pentru cercetarea ştiinţifică şi înţelegerea dintre cercetători. În cealaltă tabără socio-politică, a

socialismului centralizat de stat pe care o reprezenta Uniunea Sovietică psihopatologia era încorsetată de o ştiinţă organicistă rigidă, de învăţământul lui Pavlov despre reflexele superioare ale creierului. Lagărul socialist trăia o viaţă controlată până în cele mai mici amănunte de puterea politică. Iar în SUA, după anii 6o, a apărut mişcarea de protest hippy, a tinerilor care refuzau înregimentarea în viaţa socială standardizată.

În acest context a apărut în acea perioadă în lumea occidentală mişcarea antipsihiatrică. Aceata susţinea, simplu vorbind că boala mintală e un mit, un construct social folosit de putere, prin intermediul psihiatrilor, pentru a reprima şi înlătura persoanele mai fragile şi incomode, care nu erau de acord cu puterea politică care intenţiona să uniformizeze cetăţenii şi să-i ţină sub un permanent control public. Eroul mişcării a fost Szasz cu cartea sa „The Myth of Mental Illnes (1961) dar fenomenul a avut multe rădăcini şi modalităţi de manifestare. Cazurile de referinţă erau schizofrenii. O lucrare importantă care a alimentat mişcarea era una de psihopatologie, cu trimitere la filozofie : „The divided self" a lui Laing (1960). În aceasta era invocat Sartre în calitatea sa de filozof existenţialist care susţinea faptul că omul trebuie considerat o fiinţă liberă, care trebuie să îşi decidă singur existenţa. Psihopatologia de orientare fenomenologică a fost şi ea invocată, inclusiv Binswanger care a susţinut la un moment dat ideea că „psihoticul trăieşte într-o altă lume", paralelă cu lumea comunitară standardizată. Nu ar fi vorba neapărat de o deficienţă, de o boală, cât mai repede de o varietate umană. Alte personalităţi ce aveau o cultură filosofică şi au susţinut mişcarea, ca de exemplu Cooper, a fost invocat de tinerii hippy în sensul că vagabondajul lor muzical, promiscuu şi susţinut de droguri, ar reprezenta de fapt o opţiune liberă pentru alt stil de viaţă decât cel burghez standardizat de oficialităţile care, deţinând puterea şi bogăţia, vor să stabilească doar ele ceea ce este

normal. Iar pe cei ce optează pentru refuzul acestei societăți şi se retrag în lumea lor imaginară îi declară schizofreni, nebuni.

O altă sursă filosofică în epocă a fost Foucault. Dar nu neapărat prin cartea cu care s-a lansat în 1961 şi care se referă direct la nebunie („Raison et Deraison : Histoire de la Folie a l'age clasique"), ci prin întreaga sa operă în care demonstrează cum societatea europeană a modernității, cea a ordinii ce culminează cu Secolul Luminilor, s-a constituit printr-un continuu efort de control şi imixtiune a puterii politice centralizate în viața cetățeanului. În acest context s-au născut şi închisorile şi clinica medicală. Demonstrația cea mai puternică a acestei idei autonome o face în cartea "A supraveghea şi a pedepsi" (1972). Foucault argumenta că cetățeanul culturii europene a ajuns treptat sub o continuă stare de control, supraveghere, dirijare vizibilă şi nevizibilă, de către forța centralizată a statului. În sprijinul acestei ideologii unii considerau că tinerii ce voiau să scape de masiva agresiune a autorității puterii simțeau că libertatea lor interioară e oprimată. Cei fragili se comportau, în protestul lor spontan, prin refuzul participării la ordine, şi prin revoltă şi protest critic. Deveneau deci autişti, dezorganizați, paranoizi, schizofreni. Libertatea democratică a diversității de opțiune, a varietății umane, era încălcată de mitul psihiatriei.

A existat însă şi un alt argument, mai puțin teoretic şi ideologic. Şi anume tradiția câmpurilor de concentrare, a lagărelor şi închisorilor dezumanizate, care vine din sec.XVII şi culminează cu ororile din jurul celui de al Doilea Război Mondial. Documentația în această direcție demonstra o experiență dezumanizantă. Azilele de psihiatrie ale sec.XIX şi Spitalele de psihiatrie ale sec.XX au continuat tradiția izolării bolnavului psihic de comunitate. Iar persoanele fragile psihic, mai ales după un episod psihotic, devin foarte sensibile la deprivarea de informații şi de contactul stimulativ

cu alţi oameni. Experienţele psihologice făcute în anii '50, '60 în vederea trimiterii omului în cosmos au demonstrat că deprivarea informaţională prelungită conduce la tulburări psihice la cei mai normali şi rezistenţi oameni. Fapt ce explică astfel o serie de fenomene cunoscute în istorie de stări halucinatorii în condiţii de deprivare. Azilele psihiatrice constituiau un mediu de cultură pentru întreţinerea bolii psihice şi pentru agravarea ei, pentru cronicizare. Chiar un om normal dacă trăieşte izolat într-un astfel de azil mai multă vreme tinde să devină treptat un alienat psihic. Faptul a fost intuit de Cehov în nuvela Salonul nr.6. Dar în perioada anilor '60 el a fost clar evidenţiat şi a devenit o chestiune publică, mai ales prin vocea puternică a lui Basaglia. Apoi situaţia a fost demonstrată riguros de Wing şi Brown (în cartea Institutionalism and schizophrenia, 1970). În acest context, specialiştii şi politicienii au început să se sesizeze, să susţină ideea desinstituţionalizării şi promovării psihiatriei comunitare sectorializate. Exemplul Franţei şi actul preşedintelui Kenedy în SUA, sunt edificatoare.

În perioada anilor 60 psihiatria avea la bază multe cercetări cazuistice bazate pe observaţii făcute în spitale şi în cabinetele de psihoterapie. Doctrina dominantă era psihanaliza, interpretarea cazurilor era făcută într-un limbaj relativ codificat, comunicarea dintre cercetători, în sensul reproductibilităţii rezultatelor, era foarte scăzută. Toate acestea au condus spre mişcarea psihiatrilor de după 1970 care voiau să pună psihiatria, ca ramură a medicinii, pe baze ştiinţifice cât mai solide pentru a evita criticile ce i se aduceau şi pentru a putea progresa terapeutic în rând cu celelalte ramuri ale medicinii. Premize existau deoarece se descoperiseră deja o serie de medicamente cu acţiune evidentă în tulburările psihice. Această atmosferă a stat la baza proiectului DSM-III în care tulburarea psihică este concepută ca o realitate biomedicală abordabilă ştiinţific care are la bază în

primul rând disfuncția cerebrală şi se exprimă printr-un "sindrom clinic semnificativ". Această optică era atunci necesară, deşi şi ea avea limitele ei. Era vorba însă de un risc asumat.

În plus, psihiatria trebuie să facă față şi unei provocări direct politice. Ieşiseră treptat la iveală abuzurile psihiatrico-politice reale ce se făcuseră în țări cu regim totalitar, în primul rând în URSS. În discuție era de asemenea schizofrenia şi delirul paranoid. Problema era că opozanți ai regimului care au avut curajul să-şi exprime public criticile în loc să fie condamnați penal au fost examinați psihiatric şi etichetați ca schizofreni paranoizi. Schizofreni, deoarece comportamentul lor era bizar în raport cu cel al populației înregimentate, cuminte sau indiferente. Erau bizari şi cu o logică care nu putea fi permeabilă la argumentele funcționarilor regimului. Paranoizi, deoarece se considerau persecutați, urmăriți, supravegheați în continuu. Unii declarau că telefoanele le sunt ascultate, că s-au pus în casă microfoane, că sunt filmați de la distanță, că li se cotrobăie prin casă, că persoane suspecte îi vizitează şi sunt pe urmele lor, trăiri pe care schizofrenii paranoizi le au frecvent. Dar care la aceştia nu au o bază faptică reală. În plus, Bleuler, atunci când a lansat conceptul de schizofrenie în 1911, a vorbit şi de formele uşoare, simple, chiar latente de schizofrenie. Un opozant al regimului putea fi etichetat cu o schizofrenie latentă, internat în spitalul de psihiatrie, tratat cu electroşocuri şi neuroleptice, anchetat zi şi noapte, deprivat de informații şi de contacte umane etc. După un timp, se putea instala realmente o tulburare psihică greu reversibilă, pe care o pot constata obiectiv şi diverşi experți neutri politic. Acelaşi scenariu se poate desfăşura nu doar cu persoane vulnerabile pentru schizofrenie ci şi cu cei care, în prezent, pot fi oriunde în lume diagnosticați cu o tulburare de personalitate schizoidă, schizotipală, paranoidă. Sistemele politice totalitare au dezvoltat la

maximum, în manieră caricaturală şi brutală, ceea ce Foucault considera a fi fost o caracteristică a Europei clasice şi moderne : tendința de a controla, supraveghea şi pedepsi cetățeanul care nu se supune ordinii centralizate. Doar că Europa şi civilizația ei şi-a dezvoltat, în contrabalans, şi principiile practice ale unei democrații care respectă demnitatea umană.

Abordările recente privitoare la abuzurile psihiatrico-politice din URSS consideră că acestea nu derivă în esență din limitele vagi ce există între normalitate şi tulburarea mentală şi nici din atitudinea majorității psihiatrilor din această țară, ci din sistemul juridic pe care sistemul politic respectiv l-a girat, mai ales în ceea ce priveşte legislația drepturilor omului (Bolton, 2008). Richard Bonnie susține că : "Privind retrospectiv utilizarea represivă a psihiatriei de către putere în Uniunea Sovietică era practic inevitabilă….dar, aceste abuzuri nu pot fi puse în seama psihiatriei "per se" ci în ansamblul sistemului represiv al regimului politic din care psihiatria era o parte". Chiar şi astfel interpretată, problematic pe care a ridicat-o antipsihiatria şi a cărui răspuns a fost DSM-III nu poate şi nu trebuie neglijată.

Pe acest fundal socio-politic psihiatrii din SUA au prezentat o reacție ştiințifică în psihopatologia clinică, pentru a da prestigiu cazului psihiatric. Principala problemă era cea a reproductibilității diagnosticului pentru înțelegerea dintre specialişti. Demersul s-a concentrat asupra "criteriilor de cercetare" (RDC) pe baze metodologice inspirate de pozitivismul logic. A existat un îndemn a filosofului Hempel care a sugerat psihiatrilor să folosească "definiții operaționale". Şcoala din St.Luis a publicat în anii 70 un proiect de definire a unor boli psihice prin criteri de includere şi de excludere. Mişcarea psihiatrică s-a sensibilizat, mai ales cea care dorea a psihiatria să aibă în cadrul medicinei un statut similar cu a celorlalte

specialiăți. Principala bătălie s-a dat cu psihanaliza. În aceste condiții şi pe această bază a fost elaborat DSM-III. El a fst rezultatul unui compromis şi a unei reacții față de o situație dată, acceptând unele limitări şi riscuri care erau i nevotabile dar reprezentau un rău mai mic decât incertitudinea nosologică în care se plutea pe atunci. Opțiunea DSM-III a fost calificată ca neokraepeliană. Ea tinde, într-adevăr, să "obiectualizeze" suferindul psihic, să-l considere din exterior ca un om care "are" o tulburare, condiționată cel mai probabil prin disfuncția creierului său. Marea problemă a acestui sistem este că decontextualizează manifestările psihopatologice, rupându-le de biografie şi de ambianță. În plus, atitudinea empiric inductivă refuză o înțelegere configurațională sau modulară a marilor sindroame psihopatologice.

După 30 ani de la publicarea sa, sistemul DSM-III şi-a dovedit utilitatea. Între timp însă, psihopatologia şi-a amplificat perspectivele. Fără a se aştepta o modificare radicală, gândirea psihopatologică nu poate rămâne doar la opțiunea din 1980.

Bibliografie

Achenbach, Th. M., Rescorla, L.A.,(2006) "Developmental Issues in Assessment, Taxonomy and Diagnostic of Psychopathology: Life Span and Multicultural Perspectives" in Cicchetti, D. & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", Second Edition, vol. I, pg. 139-180, John Wiley & Sons

Ainsworth, M.D.S., Belehar, M.C. et al. (1978), "Patterns of Attachment: A psychological Study of Strange Situations", Hillsdale, New York

Akiskal, H. A. (2007), "Epilogue: The Interface of affective and schizophrenic disorders: a cross between two spectra" in May, M., Sartorius, H. (1999) "Schizophrenia", John Wiley & Sons, Chichester New York, pg. 277-292

Akiskal, H. A., Pinto O. (2002), "The soft bipolar spectrum: footnotes to Kraepelin on the interface of hypomania, temperament and depression", in Marneros A., Angst J., (2002), "Bipolar Disorders. 100 years after manic-depressive insanity", Kluver Academic Publisher, New York Boston, pg. 37-62

Akiskal, H.S. (1983), "The bipolar spectrum : new concepts in classification and diagnosis", in Psychiatry Update: The American Psychiatric Association Review, ed.I Grinspoon, pg.271-92, Washington DC: American Psychiatric Press

Alexander, E.G., Selesnick, S.T. (1972), "Histoire de la Psychiatrie", Ed. Colin, Paris, pg. 180-183

Allardyce J., Suppers T., van Os J.,(2008), "Dimensions and psychotic phenotype" in Helzer J. E. et al., (Eds.), "Dimensional Approaches in Diagnostic Classification", American Psychiatric Association pg.53-64

Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2008), "Mentalizing in Clinical Practice", American Publishing Inc., Washington, London

Amering, M. & Schmolke, M. (2009), "Recovery and resilience" in M. Salloum & J.E. Mezzich (Eds.), "Psychiatric Diagnosis", Wiley-Blackwell

Andreasen H.C., Flaum M., (1995), "The Schizophrenia Spectrum: Perspectives from Neuroimaging", in Marneros A., Andreasen H. C., Tsuang M. T., (Eds.), (1995), "Psychiatric Continuum", Springer, Berlin, Heidelberg, pg. 91-106

Angst J. (1992) "Recurrent Brief psychiatric syndromes of depression, hypomania, neurasthenia and anxiety from an epidemiological point of view", Neurol. Psychiatry Brain Res.1, pg. 5-12

Anthony, E. J. (1974), "The syndrome of the psychologically invulnerable child" in E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), "The child in his family: Children at psychiatric risk", vol. 3, pg. 3-10, Wiley, New York

Aquilera, D. (1998), „Crisis Intervention : Theory and methodology, ed.8, C.V. Mosby, St.Luis

Badcock, C. (1986), „The Problem of Altruism : Freudian –Darwinian Solutions", Oxford, Blackwell

Badcock, C., (1990), „Oedipus in Evolution", Oxford, Blackwell

Bandura, A. (1986), „Social foundation of thought and action. A social cognitive theory", Engelwood Cliffs, N.J., Pretince Hall.

Bandura, A. (1999), „Social Cognitive Theory of Personality", in L.A.Pervin, O.P.John (eds.) Handbook of Personality, Theory and Research, The Guilford Press, New York, London, pg.154-218

Bandura, A., (1977), „Social Learning Theory", Prentice-Hall, Engelewood Cliffts

Bandura, A., (1986), „Social foundation of thought and action : A social – cognitive theory", Prentice-Hall, Saddle River, New Jersey

Barkow, J., Cosmides, L., Tooby, J. (eds.), (1992), "The adapted mind. Evolutionary Psychology and the generation of culture", Oxford University Press

Baron-Cohen, S. (1997), "Mind-blindness. An Essay on Autism and Theory of Mind", MIT Press, London

Baron-Cohen, S. (Ed.). (1997), "The Maladapted Mind: classic reading in evolutionary psychopathology", Have: Psychopathology Press

Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., Cohen, D.S., (2005), "Understanding other minds. Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience", Oxford University Press, 530 pg.

Bauer, M., Whybrow, P.C., Angst, J., Versiani, M., Moller, H.-J., "Biologische Behandlung unipolarer depressiver Störungen "

Bäume, J. (Ed.), (1994), "Psychosen aus dem Schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige", Springer Verlag, 133 pg.

Beach, S.R.H., Wambolt, M.Z, et al (2006), „Relational Processes and Mental Health. A Bech –to-Bedside Dialogue to Guide DSM-V", in Beach, SRH et al Eds., Relational Processes andf DSM-V, American Pschiatric Publishing, Washington, London, pg.1-20

Bebbington, P.E. (1990), "Population Surveys of Psychiatric Disorder and the need for treatment", Social Psychol. and Psychiat. Epidem., 25 (I), pg. 33-34

Beck, A.T. (1979), „Cognitive Therapy and depression", Guilford Press, New York

Beck, A.T. 8 (1976), "Cognitive Therapy and the Emotional Disorders", New York : International University Press

Beck, A.T., Emery, G., (1985), „Anxiety disorders and phobias : A cognitive perspective", New York, Basic Books, Behaviour", Oxford University Press, Oxford

Beniuc, M. (1970), "Psihologie animală", Ed. Ştiințifică, Bucureşti

Benjamin, L.S., (2005), „Addressing Interpersonal and Intrapsychic Components of Personality During Psychotherapy", in Strock, St. (ed), Handbook of Personology and Psychopathology, John Wiley & Sons

Benjamin, L.S., et al (2006), „Defining Relational Disorders and Identifying their Conection to Axis I and II, in in Beach, SRH et al Eds., Relational Processes andf DSM-V, American Pschiatric Publishing, Washington, London, pg.157-194

Bental, R., (2003), "The paranoid self, in T.Kirche and David A. (eds), The Self in neuroscience and Psychiatry, Cambridge Univ.Pressm 293-318

Berrios, G.E. (1985), „Positive and negative symptoms and Jackson", Archives of General Psychiatry 42: 95-97

Berrios, G.E., (1996), „The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century", Cambridge University Press

Binder, H., (1936), „Zur Psychologie der Zwangsvergänge", Ed. Karger, Basel

Binswanger, L. (1933), "Ueber Ideenflucht", Orell Fuessli, Zürich

Binswanger, L. (1958), "La schizophrénie", Desclée de Brower, Paris

Binswanger, L. (1960), "Melancholie und Manie. Phenomenologische Studien", Neske, Pfullingen

Binswanger, L. (1965), "Wahn**.** Beitrage zu seiner phaenomenologischen und daseinsanalytischen Erforschung", Neske, Pfullingen

Binswanger, L. (1970), "Discours, parcours et Freud", Gallimard, Paris

Binswanger, L., (1953), „Grundformen und Erkentnis menschlischen Daseins", Ed. Niehans, Zürich

Binswanger, L., (1971), „Introduction à l'analyse existentialle", Ed. De Minuit, Paris

Blach, S., Hafner, H. et al., (1993), „The Family in Clinical Psychiatry", Oxford University Press, New York

Blakemore S.J., Frith C., (2003), "Disorders of self-monitoring and the symptoms of schizophrenia" in Kircher T., David A., (Eds.), "The Self in Neuroscience and Psychiatry", Cambridge, pg. 407-424

Blankenburg, R. (1988), „Psychopathy and the contribution of Personality Violence", in T.Millon, E.Simonsen et all (eds), Psychopathy. The Gulford Press, New York, pg.50-68

Blankenburg, W. (1964), "Persönlichheits Struktur **-** Dasein und Endogenität", Cotymia Psychiat. 7, 183-194

Blankenburg, W. (1967), "Die anthropologische und daseinsanalytische Sicht des Wahns", Studium Generale, 20, 639-650

Blankenburg, W. (1971), "Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien", Enke, Stuttgart

Blankenburg, W., Ed., (1991), „Wahn und Perspectivität", Ed. Enke, Stuttgart

Blankenburgh, W., Ed., (1989), „Biographie und Krankenheit", G. Thieme, Stuttgart

Blowers, G., O'Connor, K., (1966), „Personal construct psychology in the clinical context", Ottawa, ON:University of Ottawa Press

Bogdan, R.J., (1998), „Temeiuri ale cogniției. Cum este modelată mintea de către comportamentul teleologic", Ed. All, Bucureşti

Bolton, D., "What is mental disorder? An essay in philosophy, science and values", Oxford University Press, 2008, 303 pg.

Bolton, D., Hill, J., (1996), "Mind, Meaning and Mental Disorder", Oxford University Press, Oxford, New York

Bortolotti, L., (2010), "Delusion and other irrational belief, Oxford Univ.Press

Boss, M. (1957), "Psychoanalyse und Daseinsanalytik", Huber, Bern

Botez, M.I., (1996), "Neuropsihologie clinică şi neurologia comportamentului", Ed. Medicală, Bucureşti

Bowlby, J., (1980), "Attachment and Loss", Basic Books, New York

Brown, G.W. (2002), „Social rols, context and evolution in the origins of depression", J.Health Soc.Behav., 43, 255-276

Brown, G.W., Harris, T. (1978), „The social Origins of Depression", Tovistock Press, London

Brown, T.M., Scott, A.I.F., (1990), „Handbook of Emergency Psychiatry, Churchill Livingstone, Edinburgh, Londra, Melbourne, New York

Brüne, M. (2003), "Schizophrenia – an evolutionary enigma?", Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 28: 41-53

Brüne, M. (2008), "Textbook of Evolutionary Psychiatry – The Origins of Psychopathology", Oxford University Press, New York

Burk, B., Werner, K. (1995), "Die Andwendarbeit, Reabilität und Validität eines neues Glossars zu beschreibung des fünften Achs des Multi-Axialen Klassifikationsschema in der Kinder-Jugend Psychiatrie. Assozierte aktuale abnormal psychosoziale Umstende", DFG Forschungsbericht, Frankfurt Main

Burns, J.K. (2006), "Psychosis: a costly by-product of social brain evolution in Homo Sapiens" in "Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry", 90: 797-814

Burns, J.K., (2007), „The Descent of Madness. Evolutionary Origins of Psychosis and the Social Brain", Routledge, London

Buss, D.M. (1999), "Evolutionary Psychology: the new science of the mind", second ed., Allyn & Bolton, Boston

Caine, E.D., (2003), „Determining Causation in Psychiatry", in Phillips K.A.,First M.B., Pincus, H.A. (eds), Advancing DSM Dilemmas in Psychiatric Diagnosis, American Pschiatric Association, Washington DC, pp.1-22

Caplan, G. (1964), „Principles of preventive psychiatry“, Basic Books, New York

Carlson, E.A., Stroufe, L.A. (1995), “Contribution of Attachment Theory to Developmental Psychopathology” in D.Cicchetti & D. Cohen (Eds.), “Developmental Psychopathology”, vol.II, pg. 581-610

Cartwright, J. (2000), „Evolution and Human Behaviour. Darwinian Perspectives on Human Nature“, MacMillon, London

Cassidy, J. &Shaver, P.R. (eds) (1999), „Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Appli]cations”, Guilford Press, New York

Churchland, P.M., (1994), „Folk Psichology“ in pg.308-316

Churchland, P.S., (1986), „Neurophilosophy: Toward a unified science of the mind-brain“, Cambridge, M.A., MIT Press/Bradford Books

Cicchetti, D. (2006), “Development and Psychopathology” in D.Cicchetti & D. Cohen, “Developmental Psychopathology”, Second Edition (2006), vol. I, pg. 1-23, John Wiley & Sons

Cicchetti, D., Cohen, D.J., (1995), “Developmental Psychopathology”, Ed. John Wiley & Sons, New York, vol. I, vol. II

Cicchetti, D., Cohen, D.J., (2006), “Developmental Psychopathology”, John-Wiley & Sons, Inc.

Cleckley, H., (1941), „The Mind of Sanity“, Henry Kimpton, Londra

Cloninger, C.R. (2004), „Feeling Good“, Oxford University Press

Cloninger, C.R. et all (1993), „A psychological model of temperament and character“, Arch. of Gen. Psychiatry, 50, pg.975-990

Cloninger, C.R., Przybek, T.R., Svrakic, D.M. (1996), „The temperament and character inventory (TCI)“

Cociu, M. (1999), “Etologie”, Ed. All, Bucureşti

Cohen, B.S., (2000), “Understanding other minds. Perspectives from Developmental cognitive Neuroscience”, Oxford University Press, New York

Corcoran, Rh., “Theory of Mind and other clinical conditions: is a selective “Theory of Mind” deficit exclusive in autism”, in Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., Cohen, D.J., Eds., 2005, “Understanding other minds”, Oxford University Press, pg. 391-421

Cornuțiu, G., (2006), „Breviar de Psihiatrie", Ed....., Oradea

Cosman Doina (2006), „Compendiu de Suicidologie", Casa Cărții de Ştiință, Cluj

Cosman, D., (2010), „Psihologie medicală", Ed.Polirom,

Cosmides, B.J., Tooby, L. (eds.), (1992), "The adapted mind. Evolutionary Psychology and generation of culture", Oxford University Press, New York

Craddock, M., Owen, M.J. (2007), „Rettinking psychosis ; the disadvantages of dichotomous classification nov. Out weight the advantge", in World Psychiatry, vol.6, Nr.2, pg.20-27

Cristodoulou, G.H., (1986), „The Delusional Misidentification Syndrom", Ed. Karger, Basel

Crow, T.J. (1995), "A Darwinian approach to the origins of psychosis", British Journal of Psychiatry, vol. 167, pg. 12-25

Crow, T.J. (1995), „Psychotic Continuum or Disease Entities? The Critical Impact of Nosology on the Problem of Aetiology", in Marneros et al (eds), Psychotic Continuum, Springer, pp.151-164

Cullberg, J., "Psychoses. An integrative perspective", Routledge, 2006, 344 pg.

Cutting, J., "Principles of Psychopathology. Two Worlds-Two Minds-Two Hemispheres", Oxford Medical Publications, 1997, 593 pg.

Dadman, N.H., et al. (1997), „Animal models of obsessive – compulsiver disorder" in Hollander D.J., Skin Obsessive-Compulsive Disorder, Marcel Dekker, New York

Damasio, A., (1999), "The Feeling of what happens", Ed. Harcourt, San Diego, New York, London

Damasio, A., (2005), "Eroarea lui Descartes", Ed. Humanitas, Bucureşti

Damasio, A.R., (1999), „The Felling of What Happens", Harcoort Inc., San Diego, New York, London

Damasio, A.R., (2005), „Eroarea lui Descartes", Ed.Humanitas

David, D. (2006), „Metodologia cercetării clinice", Ed.Polirom, Iaşi

David, D. (2006), „Psihologie clinică şi psihotarepie", Ed.Polirom, Iaşi

David, D. (2009), „resonable and iresonable belifs, Oxford University

Dawkins, R. (1989), "The Selfish Gene", Oxford University Press, New York

Dawkins, R. (1995), "Un râu pornit din Eden", Ed. Humanitas, Bucureşti

Dawkins, R. (2009), "Ceasornicul orb", Ed. Humanitas, Bucureşti

De Block, A. (2006), "Freud as an Evolutionary Psychiatrist and the Foundations of a Freudian Philosophy", Prajer Muse, vol. 12, 4: 343-348

Depraz, N. (2009), "Putting the epoche into practice: schizophrenic experience as illustrating the phenomenological exploration of consciousness" in Bill Fulford, Katherine Morris, John Sadler, Giovanni Stanghellini (Editors), "Nature and Narrative", pg. 181-198, Oxford University Press

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-IV TR (1994), American Psychiatric Association Washington.

Dodman, N.H. et al. (1997), "Animal models of obsessive-compulsive disorder" in Hollander, E., Stein, D.J., "Obsessive-Compulsive Disorder", Marcel Dekker, New York

Dowson, G., Toth, K., (2006), "Autism spectrum disorders", in Cicchetti D., Cohen, D., Developmental Psychopathology, sec.Ed. vol.III, John Wiley, L.Sons Inc (pg.317-357)

Eibl-Eibesfeldt, J., (1998), "Iubire şi ură", Ed. Trei, Bucureşti

Eisen J. et al.(1998) "The Brown Assessment of Belief Scale: Reliability and Validity", American Journal of Psychiatry, 155, pg. 102-108

Elkaim, M. (1995), "Panorama des therapies familiales", Ed. Seuil, Paris

Ellemberger, H.F. (1994), „Histoire de la decouverte de l'inconscient", Ed. Fayard, Paris

Ellis, A., (1962), „Reason and emotion in psychotherapy. A comprehensive method of treating human disturbance", New York, Ellis Cita del Press

Enătescu, V., Enătescu, V.R., (2007), „Dialogul medic-bolnav", Ed.Dacia, Cluj

Erikson, E.H., (1986), "The Life Cycle", in International Encyclopedia of the Social Science, Ed. McMillan, New York

Evans, D.W., Leckman, F. (2006), "Origins of Obsessive-compulsive disorder: developmental and evolutionary perspectives" in D.Cicchetti & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", vol. III, pg. 404-495

Evans, J., St,B.T. (1989), „Bios in human reasoning: cause and consequences", Hove:Lawrence Eilbaum

Ey, H. (1973), "Des idees de Jakson à un modele dinamique en psychiatrie", Ed. Radamantre, Privat, Toulouse

Ey, H., (1983), „Conştiința", Ed. Ştiințifică şi Enciclopedică

Feighner, J.P., Robins, E.G., Guze, E. Et al (1972), „Diagnostic Criteria for use in psychiatric research, Arch. of General Psychiatry, 26: pg.57-63

Feygin, D.L., Swain, J.E., Leckman, J.F. (2006), "The normalcy of neurosis: Evolutionary Origins of Obsessive-compulsive Disorder and related behaviour" in "Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry", 30: 854-864

Fleischhacker, W.W. and Goodwin, G.M. (2009), „Effectivennes as an outcome measure for treatment trials in psychiatry, vol.8, Nr.1, pg.23-27

Fodor, J., (1983), "The modularity of minds", NIT Press Bradford Books, Cambridge, M.A.

Fogany, P., Target, M., Gergely, G. (2006), "Psychoanalytic Perspectives on Developmental Psychopathology" in Cichetti, D. & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", vol. III, pg. 701-793

Frankl, V., (1970), "Theorie und Therapie der Neurosen", Ed. Reinhard, München

Frankl, V., (2000), „Man's search for ultimate meaning", Pesseus Publishing, Cambridge, Massachusetts

Freeman, C., Tyrer, P. (2006), „Research methods in psychiatry", Gaskel, London

Freeman, D., Bentall, R., Garety, P.,(2008) "Persecutory Delusions", Cambridge U.P.

Frith, C., (1992), „The cognitive neuropsichology of schizophrenia", Laurence Erlaum Association

Fu, C.H.Y., McGuire, Ph. K., (2003) "Hearing voices or hearing the Self in disguise? Revealing the neural correlates of auditory hallucinations in schizophrenia", in Kircher, T., David, A., Eds.,"The Self in Neuroscience and Psychiatry", Cambridge University Press, pg. 425-435

Fuchs, Th. (2002), "The challenge of neuroscience: Psychiatry and phenomenology today" in "Psychopathology", 35, 319-328

Fuchs, Th. (2005), "A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia" in "Psychiatry & Psychology", 12: 95-107

Fuchs, Th., Schlimme, J.E. (2009), "Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective" in "Current opinion in Psychiatry", 22: 570-575

Fujii D., Ahmed I., (2007), "The Spectrum of Psychotic Disorders", Cambridge University Press

Fulford, B., Morris, K., Sadler, J., Stanghellini, G., (2003) "Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry", Oxford University Press, 256 pg.

Fulford, K.W.M., (1989), „Moral theory and Medicine Practice", Cambridge University Press

Gadamer, H. G. (2001), "Adevăr şi metodă", Ed. Teora, Bucureşti

Gallagher, S., (2003), „Self-narrative in schizophrenia", in Kircher, T., David, A., (eds), The Self in Neuroscience and Psychiatry, Cambridge University Press, pg. 336-360

Gallanger, S., (2005), „How the body shapes the mind", New York, Clarendon Press

Gallup, G.G., Anderson, J.R., Plutek, S.M.,(2003) "Self-awareness, social intelligence and schizophrenia" in Kircher, T., David, A., Eds., "The Self in Neuroscience and Psychiatry", Cambridge University Press, pg. 147-165

Garfield, J.L. (2004), "Modularity", in Guttenplan S. (ed), A Comparison to the Phylosophy of Mind, Blackwell, pg.441-448

Garmezy, H. (1991), "Resilience and vulnerability in adverse developmental outcomes associated with poverty", American Behavioral Scientist, 34, pg. 416-430

Garmezy, N. (1974), "The study of competence in children of risk for severe psychopathology" in E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), "The child in his family: Children at psychiatric risk", vol. 3, pg. 547, Wiley, New York

Gebsattel, V.E., (1954), „Prolegomena einer medizinischen Antropologie", Ed. Springer, Berlin

Gilbert, P. (1984), „Depression : From Psychology to Brain State", London, Lawrence Erlbaum

Gilbert, P. (1989), „Human Nature and Suffering", London : Lawrence Erlbaum

Gilbert, P. (1992), "Depression: the evolution of powerlessness", Have: Psychopathology Press

Gilbert, P.& Bailey, K.G. (eds) (2000), „Genes on the Couch. Exploration in Evolutionary Psychotherapy", Brunner-Routledge

Glantz, K., Pearce, J. (1989) , „Exiles from Eden : Psychotherapy from and Evolutionary Perspective, New York, Norton

Glatzel, J., (1978), „Algemeine Psychopatologie“, Ed. Enke, Stuttgart, pg. 241-251

Goldberg, D., Benjamin, S. et al., (1987), „Psychiatry in medical practice“, Routledge London

Goldstein, L.H., McNeil, J.E. (2004), “A clinical neuropsychology: a practical guide to assessemtn and management for clinician”, John Willey&Sons

Goodwin, G., Sachs, G., “Bipolar Disorder”, Health Press, Oxford, (2004), 99 pg.

Göpert, H., (1960), “Zwangkrankheit und Depersonalisation”, Ed. Karger, Basel

Gottlieb, B.M. (1982), “Social Network and Social Support”, Ed. Beverly Mills, Calif. Sage Publisher

Greve, W., Staudinger, U.M.,(2006) “Resilience in later adulthood and old age: resource and potentials for successful aging” in Cicchetti, D. & D. Cohen, “Developmental Psychopathology”, Second Edition, vol. III, pg.796-840, John Wiley & Sons

Gross G., Huber G., Klosterkötter J., Linz M. (1987), „Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS)“, Springer Berlin, Heidelberg, New York

Gross G., Huber G., Schüttler R. (1986), “Long-term course of Schneiderian Schizophrenia” in Marneros A., Tsuang M. T., (Eds), (1986), „Schizoaffective Psychoses“, Springer Berlin, Heidelberg, pg. 164-178

Gruneberg, A.M., Goldstein, R.D. (2003), „Multiaxial Assessment in the Twenty-First Century“, in in Phillips K.A.,First M.B., Pincus, H.A. (eds), Advancing DSM Dilemmas in Psychiatric Diagnosis, American Pschiatric Association, Washington DC, pp. 145-152

Guttenplan, S. Ed., (1994), “A Companion to the Philosophy of Mind”, Blackwell, Cambridge, Massachusetts

Guttenplan, S., (1994), „First person authorithy“ in Gutenplan S. (ed), A Comparison to the Phylosophy of Mind, Blackwell, pg.291 pg.291

Guttenplan, S., (Ed) (1994), „A companion to the Philosophy of Mind“, Ed.Blackwell

Hantouche, E.G. (2006), „Troubles bipolares, obsessions et compulsion – kes reconaitre e les soigner“, Paris, Odile Jacob

Happe, Fr., (2005)"Parts and wholes, meaning and minds: central coherence and its relation to Theory of Mind", in Baron-Cohen S., Tager-Flusberg, H., Cohen, D.J., Eds., "Understanding other minds", Oxford University Press

Hare, R.D., (1986), „The Hare Psychopathy Checklist", Multi Health System, Toronto

Harlow, H.F., (1958), „The Nature of love", Am.Psych. 13, 673-

Harre, R., (2007), „The Logical basis of psychiatriy meta-naratives, in McChung, KWM Fulford, Grahan, G. (eds), Reconceiving Schizophrenia, Oxford Univ.Press, pg.295-309

Harter, S., "Self-processes and Developmental Psychopathology" in Cicchetti, D. & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", vol. I, pg. 370-418

Hauser, S.T., Safyer, A.W. (1995), "The contribution of Ego Psychology of Developmental Psychopathology" in Cicchetti, D. & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", vol. II, pg. 555-580

Hayward, S., (1999), "Biopsihologie", Ed. Tehnică, Bucureşti

Heidegger, M. (2003), "Ființa şi timp", Ed. Humanitas, Bucureşti

Hinshow, St. P., "Stigma and mental illness: developmental issues and future prospects" in Cichetti, D. & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", vol. III, pg.845-882

Hollander E., Wong C.M. (1993), "Obsessive-compulsive related disorders", American Psychiatric Press, Washington

Holmes, K., Rahe, R.H. (1967), "The social readjustment rating scale", Journal of Psychosomatic Research, 11, pg. 213-218

Huber G. (1992), " Die Konzeption der Einheitpsychose aus der Sicht der Basisstörungslehre" in Mund Cr., Sass H. (Eds), (1992), „Für und Wider die Einheit Psychose", Georg Thieme Stuttgart, New York

Huber, G., (1983), „Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen", Nervenartzt, 54, pg. 23-32

Husserl, E. (1994), "Filosofia ca ştiinţă riguroasă". Ed. Paideia, Bucureşti

Husserl, E. (1997), "Meditații carteziene", Ed. Humanitas, Bucureşti

Husserl,E.(2004), “La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcedentale”, Gallimard, Paris

ICD-10. Clasificarea tulburărilor mentale şi de comportament (1998). Ed. All (text original publicat în 1992)

Ienciu M. et al. (2001) “Managementul primului episod psihotic”, Promoval, Bucureşti

Jackson, M. (2007), “The clinician’s illusion and benign psychosis” in Man Cheung Chung, K. W. M. Fulford, Bill Fulford, George Graham, “Reconceiving Schizophrenia”, Oxford University Press, pg. 235/224

Janet P. (1903), “Les obsessions et la psychastenie”, Ed. Alcan, Paris

Janzarik, W., (1988), „Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie“, Ed. Enke, Stuttgart

Jaspers, K., (1965), “Algemeine Psychopatologie”, 8 Aufl, Ed. Springer, Berlin

Jaspers, K., (1997), „General psychopathology“, The John Hopkins University Press, Baltimore, London

Jeannerod, M., Farret, Ch. et al.,(2003), “Action recognition in normal and schizophrenic subjects”, in Kircher, T., David, A., Eds. “The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, pg. 380-406

Joel, D. (2006), “Current animal models of obsessive-compulsive disorder: a critical review” in Neuro-psychopharmalogical & Biological Psychiatry, 30: 374-388

Jones, A.J., Buckley, O.F., (2006) “Schizophrenia”, Elsevier, Churchill Livingstone, Lundbeck Institute, 167 pg.

Jung, C.G., (1964), “Dialectique du moi et de l’inconscient”, Ed. Gallimard, Paris

Kaplan, H.B., (1983), „Psychosocial stress“, Academy Press, New York, Londra

Kaschka, W., Lungerhausen, E., (1992), „Paranoide Störungen“, Springer Verlag, Berlin

Katsching, H., Freeman, H., Sartorius, N., (1998), “Quality of Life in Mental Disorders”, Ed. John Wiley & Sons, New York

Katschnig, H., Koniecza, T., Cooper, J.E. (1988), „Emergency pschiatry and crisis intervention in Europe“, World Health Organisationm Copenhaga

Kay S.R. (1991), "Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia", Brunner-Mazel, New York

Keenan, J.P., Wheeler, N.A., Ewers, M., (2003) "The neural correlates of Self-awareness and Self-recognition", in Kircher, T., David, A., Eds., "The Self in Neuroscience and Psychiatry", Cambridge University Press, pg. 166-179

Keffe, R.S.E. (2008), „Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia", in World Psychiatry, Vol.7, Nr.1, pg.22-28

Keffe, R.S.E., Goldberg, T.E. et al (2004), "The brief assessment and cognition in schizophrenia : reliability, sensitivity and comparison with a standard neurocognitive battery"

Kelly, G.A., (1955), „The psychology of personal constructs", 2 vol., New York, Norton

Kelly, G.A., (1995), „The psychology of Oersonal Constructs : A Theory of Personality", New York

Kenlar, L.E.O. (2003), "Evolutionary Psychology and Psychopathology" in "Current Opinion in Psychiatry", 16: 691-699

Kinderman P. and Bentoll R.P. (2007), The functions of delusional beliefs, in Mc.Chung, KWM Fulford, G.Graham (eds), Reconceiving Schizophrenia, Oxford Univ Press

Kinderman, P., Bentoll, R.P. (1997), "The function of delusion beliefs", in McChung, KWM Fulford, G,Grahan (eds), Reconceiving Schizophrenia, Oxford Univ.Press – 275-294

Kinney, D.K., Tanaka, M. (2009), "An Evolutionary Hypothesis of Depression and its Symptoms. Adaptive Value and Risk Factors" in "The Journal of Nervous and Mental Disease", 197: 561-567

Kircher, T., David, A. (Eds.), (2003), "The Self in Neuroscience and Psychiatry", Cambridge University Press, 484 pg.

Klosterkötter J., (2004) "Frühdiagnose der Schizophrenie: Abgrenzung von Risk Factors. Prodromi und Frühsymptomen" in Möller H. J., Müller W. (Eds), „Schizophrenie: Langzeitverlauf und Langzeittherapie", Springer Wien, New York, pg. 31-48

Knapp, M., Beecham, J. et al., (1994), "Service use and cost of home-based versus hospital based care for people with serious mental illness", The British Journal of Psychiatry, 165, pg. 195-203

Korbek, R., Cassidy J et al. (2006), "Attachment, stress and psychopathology: a developmental model", in Cichetti, D. & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", vol. I, pg.333-364

Krausz, A. (1987), "Rollendynamische Aspekte bei Manisch-Depressiven" in K.P. Kisker et al. (eds.) "Psychiatrie der Gegenwart: Band 5", Springer, pg. 403-423

Krausz, A., (1977), „Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver", Ed. Enke, Stuttgart

Kretschmer E., (1949) „Medizinische Psychologie", Aufl. Thiemme Stuttgart

Kretschmer E.,(1930), „La structure du corp et le caractere", Ed.Payor, Paris

Kretschmer, E., (1923/1960), „Hysteria, Reflex and Instinct", Philosophical Library, New York

Krueger, R.F., Tackett, J.L. (2006), „Personality and Psychopathology", The Guilford Press, New York, London

L'Abate, L., (1994), "Handbook of Developmental Family", Psychology and Psychopathology, John Wiley & Sons, New York

Lakoff, G., Johnson, M., (1999), „Philosophy in the flesh: the embodied mind and the challange to western though", New York, Basic Books

Längle, A., (1993), "Personale Existenzanalyse", in Werkbegegnung. Phenomene und Metodische zugenge, GEL Verlag, Wien, Austria, pg. 133-160

Längle, A., (1993), Ed., „Praxis der Personalen Existenzanalyse", Erweiter Tagungsberichte. 2/1993, GLE, Wien

Längle, A., (1999), „Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse" in „Existenzanalyse", pg. 16, 1, 18, 25.

Lantéri-Laura, G. (1957), "La psychiatrie phénomenologique", PVF, Paris

Lăzărescu, M. (2008), „Direcții actuale de abordare nosologică a tulburărilor afective periodice – problema spectrului afectiv", Psihiatru.ro, Nr.15, pg.24-29

Lăzărescu, M. (2009), „Conceptual actual de psihoză", Psihiatru.ro, Nr.17 (2), pg.13-21

Lăzărescu, M. (2009), „Psihopatologia evoluționistă şi depresia“, Psihiatru.ro, Nr.19, 4, pg.22-27

Lăzărescu, M., (2008), „Psihopatologia corpului trăit“, Psihiatru.ro, Nr.14, pg.36-39

Lăzărescu M. (1973), „Patologie obsesivă“, Ed. Medicală, Bucureşti

Lăzărescu M., Bumbea O. (2008), "Patologie obsesivă", Ed. Academiei, Bucureşti

Lăzărescu, M. (1995), „Social Factors in the Ethiopathogenesis of Schizophrenia" in European Hnadbook of Psychiatry and Mental Health, Antropos, Zaragoza, pg. 751-753

Lăzărescu, M., (1994), „Psihopatologie clinică", Ed. Helicon, Timişoara

Lăzărescu, M., „Calitatea vieții în Psihiatrie", (1999), Ed. Infomedica, Bucureşti

Lăzărescu, M., Mircea, T., Sturz, O., (2001), „Ghid de sănătate mintală şi psihiatrie pentru medicii de familie", Ed. Solness, Timişoara

Lăzărescu, M., Nicoară, O., „The Life Cycles and the Life moments with increased vulnerability ", comunicare la 9th World Congress of Psychiatry, Rio de Janeiro, June, 6-12, 1993, Brasil, Abstracts 225

Leakey, R. (1995), "Originea omului", Ed. Humanitas, Bucuresti

Leff, J.P., Vaughn, C.E. (1985), „Expressed Emotion in Families“, New York, Guilford, in in Beach, SRH et al Eds., Relational Processes andf DSM-V, American Pschiatric Publishing, Washington, London

Leonard, K., (1972), „Personalități accentuate“, Ed. Enciclopedică, Bucureşti

Leonhard K., (1979), "The Classification of Endogenous Psychoses", 5th Edition, Irvington Publishers

Leslie, A., (1995), „ToMM, ToBy, and Agency: Core architecture and domain specificity“ in Hirschfeld, L.&Gelman, S., (eds). Domain specificity incognition and culture, Cambridge University Press

Levinson, D.J., Darrow, C.M. et all., (1978), "The seasons of a man's life", Ed. A. Knopf, New York

Lhermitte, J., 1939, "L'image de notre corps", Ed. Nouvelle Rev. Critique, Paris

Lieberman J. A., Stroup T. S., Perkins D.O. (2006), "Textbook of Schizophrenia", American Psychiatric Publishing, Washington, London

Livesley, W.J. (1991), „Classifying Personality Disorders: Ideal Types, Prototypes or Dimensions?“, J.of Personality Disorder 5 (1), pg.52-59

Livesley, W.J. (2001;b), „Conceptual and Taxonomic Issues“, in W.J. Livesley (ed), Handbook of Personality Disorders, Guilford Press, New York, pg.3-38

Livesley, W.J. (2003), „Personality Disorders : A Practical Approach“, Guilford Press, New York

Livesley, W.J. and Jackson, D.N. (2002), „Manual for the dimensional assessment of personality pathology“, MI Sigma Press .....

Livesley, W.J., Jany, K.L. (2001;a), „Toward and empirically based classification of personality disorders“, J.of Personality Disorders, 14 (2), pg.137-151

Lopez-Ibor, J.J., Goebel, W., Sartorius, N. (2002), „Psychiatry as neuroscience“, John Willey& Sons

Lorentz, K. (1965), “Evolution and Modification of Behavior: A critical Examination of the Concept of “Learned” and “Innate” Elements of Behavior”, Chicago University Press

Lorentz, K. (1971), “Évolution de la ritualisation dans le domaine de la biologie et de la culture” in “Le comportament ritual chez l’homme et l’animal”, Ed. J. Huxley, Gallimard, Paris

Luthar, S., “Resilience in development: a synthesis of research across five decades” in Cicchetti, D. & D. Cohen, “Developmental Psychopathology”, Second Edition (2006), vol. III, pg.739-745, John Wiley & Sons

Lyons, M.J., Tyrer, P. Et al (1997), „Special feature:heuristic models of comorbidity of axes II disorders“, J. Personality Disorders 11(3), pg.260-269

MacLean, P.D. (1990), „The Triune Brain in Evolution Role in Palercerebral Functions“. Plenum Press, New York, London

Macrea, Rodica (ed) (1999), „Sexualitatea, aspecte medico-sociale”, Ed.Risoprint, Cluj

Magnunon, D., Bergman, L.R., et al (1994), „Problems and Methods in Longitudinal Researcdh; stability and change”, Cambridge University Press

Maj M., Akiskal, H. S., Lopez-Ibor J.J., Sartorius, N., (2003)“Bipolar Disorder”, John Wiley & Sons LTO, 523 pg.

Maj, M., (2005), „Psychiatric comorbidity and artefact of diagnostic system“?, British Journal of Psychiatry, 156:182-184

Maj, M., Sartorius, N., (Eds.), “Schizophrenia”, John Wiley & Sons, LTD, 1999, 491 pg.

Maloney, J.C. (2003), “Archetype theory of Evolutionary Psychology and the Baldwin effect”, J. Anal. Psychol. 48: 101-107

Markowitsch, H.J.,(2003) “Autonoetic consciousness”, in Kircher, T., David, A., Eds., “The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, pg. 197-216

Marks, I.M. (1987), “Fears, Phobias and Rituals”, Oxford University Press

Marneros A., Pillman F., (2004), “Acute and Transient Psychoses”, Cambridge University Press

Marneros A., Tsuang M. T. (Eds), (1986) „Schizoaffective Psychoses“, Springer Berlin, Heidelberg

Marneros A., Tsuang M. T. (Eds.), (1990) “Affective and Schizoaffective Disorders”, Springer Berlin, Heidelberg

Marneros, A. (Ed.), (1989) “Schizoaffective Psychosen. Diagnose, Therapie und Prophylaxe”, Springer Verlag, 217 pg.

Marneros, A., Akiskal, H.S. (Eds.), (2007),”The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra”, Cambridge University Press, 299 pg

Marneros, A., Andreasen, C., Tsuang, M.T. (Eds.), (1991) “Negative Versus Positive Schizophrenia”, Springer Verlag, 460 pg.

Marneros, A., Andreasen, M.C, Tsuang, M.T. (Eds.), (1995) “Psychotic Continuum”, Springer Verlag, 167 pg.

Marneros, A., Angst, J. (Eds.), (2002) “Bipolar Disorders. 100 years after manic-depressive insanity”, Kluwer Academic Publishers, 483 pg.

Marneros, A., Goodwin, Fr., (Eds.), (2005) “Bipolar Disorders. Mixed States. Rapid Cycling and Atypical Forms”, Cambridge University Press, 395 pg.

Marneros, A., Philipp, M., Ed, (1992), “Persönlichkeit und psychische Erkrankung”, Ed. Springer, Berlin

Maslow, A.H. (2007), „Motivație şi personalitate“, Editura Trei, Bucureşti

Masten, A.S, Burk, K.B., Coatsworth, J.D.,(2006) "Competence and Psychopathology in Development" in Cicchetti, D. & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", Second Edition, vol. III, pg.696-738, John Wiley & Sons

Matthews, E.,(2007) "Body-subjects and disordered mind. Treating the whole person in psychiatry", Oxford University Press, 189 pg.

May, M., Sartorius, N. (Eds.),(2001) "Depressive Disorders", John Wiley & Sons, LTO, 490 pg.

McAdams , D.P., (1999), „Personal Naratives and the Life Story", in L.A.Pervin, O.P. John (eds.), Handbook of Personality. Theory and Research, The Guilford Press, New York, London, pg.478-500

McAdams, D.P. (1999), „Personal Naratives and the Life Story", in L.A.Pervin, O.P.John (eds), Handbook of Personality. Theory and Research, The Guilford Press, New York, London, pg.478-500

McAdams, D.P., (1999)"Personal Narratives and the Life story", in Pervin, A.L., Oliver, J., Eds., "Handbook of Personality", Guildford Press, New York, pg. 478-500

McClure, E.B., Pine, D.S. (2006), "Social anxiety and emotion regulation: a model for developmental psychopathology perspectives on anxiety disorders" in D.Cicchetti & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", vol. III, pg. 470-502

McFarlane, W.R. (2006), „Family Expresses Emotion", Prior to Onset of Psychosis, in Beach, SRH et al Eds., Relational Processes andf DSM-V, American Pschiatric Publishing, Washington, London, pg.77-88

McGlashan Th. and al. (2002), "Structured Interview for Prodromal Syndromes", PRIME Research Clinic, Yale School of Medicine

McGorry P., Elkins K., Curry C., Copolov D., Singh B., "Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis", National Health and Medical Research Council

McGorry, P.D., Killackey, E., Yung, A (2008), „Early intervention in psychosis : concepts, evidence and future directions", in World Psychiatry, Vol.7, Nr.3, pg. 148-156

McGuire, M., Troisi, A. (1998), "Darwinian Psychiatry", Oxford University Press, New York

McKenna P. J. (2007), "Schizophrenia and Related Syndromes", Second Edition, Routledge London, New York

Meehl, P.E. (1989), „Schizotaxia revisited", Arch, Gen.Psychiatry, 46:935-944

Merleau Ponty, M., (1999), "Fenomenologia percepției", Ed. Aion

Mezzich, J.E., Berganzo, C.E., von Cranach, M. et al. (2003), "Essentials of the WPA International Guidelines for Diagnostic Assessment" (IGDA), Br. J. Psychiatry, suppl. 45

Miclea, M. (1994), „Psihologie cognitivă", Ed.Polirom, Iaşi

Millon, F., Simonsen, E. Et al (1998), „Psychopaty: Antisocial, Criminal and Violent

Millon, T., (1990), „Toward a new personology. An evolutionary model", New York, Wiley

Millon, T., Davis, R.D. (1989), „Ten Subtypes of Psychopaty", in T.Millon et all (eds) Psychopaty: Antisocial, Criminal and Violent Behaviour, Oxford University Press, Oxford, pg.161-171

Minkowski, E. (1936), "Vers une cosmologie. Fragments philosophiques", Aubier, Paris

Minkowski, E. (1966), "Traité de psychopathologie", P.V.F., Paris

Minkowski, E. (1999), "Schizofrenia", Ed. Trei, Bucureşti

Minkowski, E., (1993), „Le temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques", Ed. Delachoux et Niestlé, Neuchâtel

Mircea, T., (1998), „Patologie Familială", Ed. Marineasa, Timişoara

Mircea, T., (1999), "Psihologia şi psihopatologia dezvoltării copilului mic", Ed. Augusta, Timişoara

Möller, H.-J., Engel, R.R., Hoff, P., (1996),„Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen", Springer Verlag, 356 pg.

Möller, H-J., Laux, G.,(1996) „Fortschritte in Der Diagnostik Und Therapie Schizophrener Minussymptomatik", Springer Verlag, 298 pg.

Monacow, C., Morgue, V., (1928), "Introduction biologique à l'etude de la neurobiology et de la psychopathologie", Ed. Alcon, Paris

Morgan, K., David, A., Murray, R., Eberhard, J., (2006),"Cognition and Schizophrenia, improving real life function", Lundbeck, 109 pg.

Mullins-Sweatt, St.M., Widiger, Th.A., „The Five Factors Model of Personality Disorder: A Translation across Science and Practice", in ...Krueger

Mundt, Ch., Sass H. (1992), „Für und Wider die Einheitpsychose", Georg Thieme Stuttgart, New York

Mundt, Ch.,(1985) „Das Apathiesyndrom der Schizophrenen", Springer Verlag, 157 pg.

Mundy, P., Sigman, M. (2006), "Joint Attention, Social Competence and Developmental Psychopathology" in Cichetti, D. & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", vol. I, pg. 293-331

Munro, A., (2006) "Delusional Disorder. Paranoia and related illnesses", Cambridge University Press, 261 pg.

Munson, R., (1981), „Why medicine cannot be a science", Journal of Medicine and Philosophy, 6 (2), 183-208

Murphy, D. (2004), "Darwinian Models of Psychopathology" in Jennifer Radden (ed.), "The Philosophy of Psychiatry. A Comparison", pg. 329-337, Oxford University Press, New York

Nesse, R.M. (2000), "Is depression an adaptation?", Arch. Gen. Psychiatry, 57: 14-20

Nesse, R.M. (2002), "Evolutionary biology: a basic science for psychiatry", World Psychiatry, 1: 7-9

Nichols, P., Schwartz, R.C., (1988), „Family Therapy", Allyn and Bacon, Boston, Londra

Nireşteanu, A., (ed), „Tulburările de personalitate. Interpretări doctrinare şi condiţii de comorbiditate",

Nordenfelt, L., (2007), "Rationality and compulsion. Applying action theory to psychiatry", Oxford University Press, 206 pg.

O'Connor, L.E. et al. (2002), "Guilt, fear, submission and empathy in depression", J. Affect. Disord., 71: 19-27

O'Connor, K., Aardema, F., (2003), „Fusion or confusion in obsessive-compulsive disorder", Psychological Reports, 93, 227-232

O'Connor, K., Aardema, F., (2005), „Beyond Reasonable Doubt“, John Wiley and Sons, Ltd.

Oldham, J.M. (1995), „Comorbidity of Axis I ans Axis II disorders“, Am.Journal of Psychiatry 152: 571-578

Oyebode, F. (2008), „Sims' Symptoms in the mind. An Introduction to Descriptive Psychopathologie”, Elsevier

Pankseep, J., (1998), „Affective Neuroscience. The Foundation of Human and Animal Emotions”, Oxford University Press

Pankseep, J.,(2003) “The neural nature of the core Self: Implication for understanding Schizophrenia”, in Kircher, T., David, A. (Eds)., “The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press

Parnas

Parnas J. (2003), „Self and Schizophrenia: a phenomenological perspective“, in Kircher T., David A. (Eds.) (2003), “The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge, pg. 217-214.

Parnas, J. (2000), “The Self and Intentionality in the Pre-Psychotic Stages of Schizophrenia” in “Exploring the self: philosophical and psychopathological perspectives on self-experience” (ed. D. Zahavi), pg. 115-147, Amsterdam, John Benjamins

Parnas, J., Sass, G., Stanghellini ( ) „The Vulnerable Self”, Oxford University Press

Perris C., Brockington J.F., (1981), “Cycloid Psychoses and their relation to the major psychoses” in Biological Psychiatry, ed. C. Perris, G. Struwe and B. Jansson, Amsterdam: Elsevier, pg. 447-450

Perris, C. (1987), “Towards an Integrating theory of Depression. Focusing on the concept of vulnerability”, Integr. Psychiatry, 5, pg. 27-39

Perris, C., Jacobson, L., Lindström, H., von Knorring, L., Perris, H., (1980), „Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour“, Acta Psychiatrica Scandinavica, 61, pg. 265-274

Petrilowitsch, N., (1958), „Beiträge zu einer Strukturpsychopathologie“, Kasper, Basel, New York

Petrilowitsch, N., (1960), “Abnorme Persönlichkeiten”, Ed. Karger, Basel

Petrilowitsch, N., (1966), „Zur Karakteriologie der zwangneurotiker“, Ed. Monhold, Halle

pg.607-619

Phelan, M. et al., (1995), “The Camberwell assessments of need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness”, The British Journal of Psychiatry, 157, pg. 589-591

Phillips, J., (2003), „Schizophrenia and narrative self“, in Kiracher, T. And David A. (eds), The Self in Neuroscience and Psychiatry, Cambridge University Press, 319-335

Piaget, J (1965), “Psihologia inteligenței”, Ed. Ştiințifică, Bucureşti

Piaget, J., Inhelder, B. (1970), “Psihologia copilului”, Ed. Ştiințifică, Bucureşti

Pincus, H.A., et al (2003), „Subthreshold Mental Disorders : Nosological and Research Recomandation“, in in Phillips K.A.,First M.B., Pincus, H.A. (eds), Advancing DSM Dilemmas in Psychiatric Diagnosis, American Pschiatric Association, Washington DC, pp. 129-144

Pincus, H.A., McQueen, L.E., Elinson, L., (2003), “Subtreshold of Mental Disorders:Nosological and Research Recommendations”, pg.124-144, in Phillips K.A., First M.B., Pincus, H.A., “Advancing DSM Dilemmas in Psychiatric Diagnosis”, Pbl.Am.Psyzh.Assoc., Washington

Pinker, S. (1977), “How the Mind works”, W.W. Norton, New York

Popa, C., (1972), “Teoria Definiției”, Ed. Ştiințifică, Bucureşti

Postel, J., Quetel, Cl., (1983), “Nouvelle histoire de la Psychiatrie”, Ed. Privat, Toulouse

Povinelli, D.J., O’Neill, D.K., (2005), “Do chimpanzees use their gestures to instruct each other?”, in Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., Cohen, D.J., Eds., “Understanding other minds”, Oxford University Press, pg. 459-487

Prelipceanu, D., Mihăilescu, R., Teodeorescy, R., (2000), „Tratat de sănătate mintală”, Ed.Enciclopedică, Bucureşti

Prelipceanu, D., Voicu, V. (2004), „Abuzul şi dependența de substanțe psihoactive”, Ed.InfoMedica, Bucureşti

Premack, D., Waadruft, G., (1978), „Does the chimpanzee have a „theory of mind?““ in Behaviours and Brain Science, 4, pg.515-521

Radden, J. (Ed.),(2004) "The Philosophy of Psychiatry. A companion", Oxford University Press, 447 pg.

Rahe, R. M., Lundberg, E. et all (1971), "The social readjustment rating scale, a comparative study of swedes and americans" in Journal of Psychosomatic Research, 15, pg. 241-249, Pergamon Press, Ireland

Ricoeur, P. (2007), "La şcoala fenomenologiei", Ed. Humanitas, Bucureşti

Ricoeur, P., (1988), "Despre interpretare, eseu asupra lui Freud", Ed. Trei, Bucureşti

Ricoeur, P., (1990), "Soi-même comme un autre", Seuil, Paris

Ridley, R. M. (1994), "The psychology of perseverative and stereotyped behaviour" in Progr. Neurobiol., 44: 221-231

Robins, R.W., Norem, J.K., Cheeck, J.M. (1999), „Naturalizing the Self", in L.A.Pervin, O.P. John (eds.), Handbook of Personality. Theory and Research, The Guilford Press, New York, London, pg.443-478

Robins, R.W., Norem, J.K., Cheeck, J.M., (1999), „Naturalizing the Self", in L.A.Pervin O.P.John (eds), Handbook of Personality. Theory and Research, The Guilford Press, New York, London, pg.443-478

Robins, R.W., Norem, J.K., Cheek, J.M., (1999) "Naturalizing the Self", in Pervin, A.L., Oliver, J., Eds., "Handbook of Personality", Guildford Press, New York, pg. 443-477

Rossano, M.J. (2003), „Evolutionary Psychology. The Science of Human Behaviour and Evolution", Wiley

Rutter, M. (1985), "Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders", British Journal of Psychiatry, 147, pg. 598-611

Rutter, M.(1979), "Protective factors in children's responses to stress and disadvantage" in M.W.Kent & J.E. Rolf (Eds.), "Primary prevention in psychopathology", vol.8, "Social competence in children", pg. 49-74, Hanover, NH, University Press of New England

Rutter, M., Ed., (1982), "Developmental Psychiatry", American Psychiatric Press, Inc., Washington

Ryan, M.R., Deci, E.L. et al, (2006) "The significance of autonomy and autonomy support in psychological development and psychopathology" in Cicchetti, D. & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", Second Edition vol. I, pg. 795-849, John Wiley & Sons

Sadler, J.Z. (2005) Value and psychiatric diagnosis, Oxford University Press

Sagatovic, M., Ramirez, L.F. (.....), Rating Scale in Mental Health, LEXI-COMP INC, Hudson (Cleveland)

Salloum, I. M., Mezzich, J.E. (Eds.), "Psychiatric Diagnosis. Challenges and prospects", Ed. Wiley-Blackwell, WPA, 2009, 313 pg.

Sarason, I.G., Levine, H.M (1983), "Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire", J. Personol & Psychiatry, 4, pg. 127-134

Sass, L.A., (2003)"Self-disturbance in schizophrenia: hiperreflexivity and diminished self-affection", in Kircher, T., David, A., Eds., "The Self in Neuroscience and Psychiatry", Cambridge University Press, pg. 242-271

Sass, L.A., Parnas, J. (2007), "Explaining schizophrenia: The relevance of phenomenology." in M. Chung, W. Fulford, G. Graham (eds.), "Reconceiving Schizophrenia", Oxford University Press, 2006, 63-96

Scharfetter, Ch., (2003)"The Self-experience of schizophrenics", in Kircher, T., David, A., Eds., "The Self in Neuroscience and Psychiatry", Cambridge University Press, pg. 272-293

Scheller, M., (1950), „Nature et forme de la sympatie", Ed. Payot, Paris

Schneider, K., (1961), "Klinische Psychopathologie", Ed. Springer, Berlin

Schneider, K., (1971), „Klinische Psychopathologie", 9 Aufl., Ed. Thieme, Stuttgart

Schneider, K., (2006), "Klinische Psychopathologie", 15 Aufl., Georg Thieme, Stuttgart-New York

Searle, J.R., (1998), "The Mystery of Consciousness", Granta Books, London

Searle, J.R., "Intentionality", pg. 379-386

Secară, O., (2007), "Creierul social", Ed. Artpress, Timişoara

Sharma, T., Harvey, P., (Eds.), (2006),"The Early Course of Schizophrenia", Oxford University Press, 267 pg.

Sloman, L., Gilbert, P. (eds.), (2004), "Subordination and defect: an evolutionary approach to mood disorders and their therapy", Manvah N. J.: Lawrence Erlbaum Association

Snyder, C.R., Fou, C.E., (1988), „Coping with Negative Life Events", Plenum Pressm New York, Londra

Soumi, S.J., Harlow, H.F., (1972), "Social rehabilitation of isolate-reared monkeys", Developmental Psychology, 6: 487

Spencer, M., Harpalani, V. et al. (2006), "Understanding vulnerability and resilience from a normative developmental perspective: implications for racially and ethnically diverse youth" in Cicchetti, D. & D. Cohen, "Developmental Psychopathology", Second Edition (2006), vol. I, pg.627-672, John Wiley & Sons

Spitzer, M. (1989), "Was ist Wahn? Untersuchungen zum Wohnproblem", Springer Verlag, Berlin, 133 pg.

Stan, V., 1999, "Ataşamentul. De la teorie la practică", Ed. Salvați Copiii, UNICEF, Timişoara

Stanghellini, G. (2009), "The meanings of psychopathology: Current opinion in Psychiatry", 22, pg. 554-564

Stanghellini, G.,(2004) "Disembodied spirits and deanimated bodies. The psychopathology of common sense", Oxford University Press, 225 pg.

Stephens, G.L., Grahan G., (2007), "The delusional stance, in McChung, KWM Fulford, G.Grahan (eds), Reconceiving Schizophrenia, 193-216

Stevens, A., Price, J. (1996), "Evolutionary Psychiatry. A New Beginning", London Poutledge

Stoica I., (2008), "Prodomul în primul episod psihotic", Info Medica, Bucureşti

Stone, M.N., (2005), „Violence", in J.H.Oldham, M.C.Andrew and al (eds), Textbook of Personality Disorders, American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, London, pg.477-492

Stone, V. E.,(2005) "The role of the frontal lobes and the amygdala in Theory of Mind", in Baron-Cohen, S., Tager - Flusberg, H., Cohen, D.J., Eds., "Understanding other minds", Oxford University Press, pg. 253-273

Strack, S. , (2005), (ed) „Handbook of personology and psychopathology“, John Willey & Sons Inc.

Straus, E. (1956), “Vom Sinn der Sinne”, Springer, Berlin

Süllwold, L., Huber, G., (1986), “Schizophrene Basisstörungen”, Heidelberg, Springer

Tatossian, A., (1979), „Phenomenologie des psychoses“, Ed. Masson, Paris

Tellenbach, H., (1983), “Melancholie”, 4 Aufl., Ed. Springer, Berlin

Textbook af Personality Disorders, American Psychiatric Publishing, Washington DC,

The WPA Global Program Against Stigma and Discrimination because of Schizophrenia, (1997), Sartorius, N., WHO, Geneva

Thompson, E., (2007), „Mind in life, in biology, phenomenology and science of mind“, Cambridge, Harward University Press

Thornicroft, G. et al., (2000), “Reliable outcome resources for mental health service research in five European Countries: the EPSILON study”

Tomassello, M., (1995), “Joint attention as social cognition” in C. Moore & P. Dunham (eds.), “Joint attention: its origins and role in development”, Hilsdale, N.J., Erlbaum

Trevasthen, C., Aiken, K. (2001), “Infant intersubjectivity: Research, theory and clinical applications”, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42, 3-48

Tsuang M.T. et al. (2003), “Insight from Neuroscience for the Concept of Schizotaxia and the Diagnosis of Schizophrenia” in Phillips K. A., First M. B., Pincus H. A., (2003), Advancing DSM, American Psychiatric Association, pg. 105-128

Tsuang, M..T. et al (2003), „Insight Fron Neuroscience for the concept of Schizotaxia and the Diagnosis of Schizophrenia“, in in Phillips K.A.,First M.B., Pincus, H.A. (eds), Advancing DSM Dilemmas in Psychiatric Diagnosis, American Pschiatric Association, Washington DC, pp. 105-128

Tudose, F., (2000), „O abordare modernă a psihologiei medicale“, Ed.Infomedica, Bucureşti

Tudose, Fl., Tudose, C. Et al (2005), „Sindroame rătăcitoare”, Ed.Infomedica, Bucureşti

Tudose, Fl., Tudose, C., (2002), „Abordarea pacientului în psihiatrie", Ed.Infomedica, Bucureşti

Tyrer, P. (2000), „Personality Disorders: Diagnosis, Management and Course", Butterworthand C.Weight

Tyrer, P. (2002), „The case of cothymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis", British Journal of Psychiatry, 179, pg.191-193

Tyrer, P. Alexander, J. (1979), „Classification of Personality Disorder", British J.of Psychiatry, 135: pg.163-167

Tyrer, P., (2005), „Medical settings", in J.M. Oldham, A.E. Skodel, D.S. Bender (eds),

Tyrer, P., Gunderson, J. Et al (1997), „Special feature : extent of comorbidity between mental state and personality disorders", J. Of Personality Disorders, 11 (3), pg.242-289

Tyrer, P., Seivewright, H., Johnson, T., (2003), „The core elements of neurosis : mixed anxiety depression (cotymia) and personality disorder", Journal of Personality Disorder, 17(2): pg.124-138

Tyrer, P., Steinberg, D., (1993), "Models for Mental Disorder", Ed. John Wiley & Sons, New York

Ustun, B., and Kennedy, C. (2009), „What is „functional impairment", Disentangling disability from clinical significance", in World Psychiatry, vol.8, Nr.2, pp.82-85

Üstun, T.B., (1998), "Mental Disorders in Primary Care"- A World Health Organization training package, Geneva, WHO

Varela, F.J., Thompson, E., Rosch, E., (1991), „The ebodied mind: cognitive science and human experience", Cambridge MIT Press

Vaughn, C.E., Leff, J.P. (1973), „The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparisson of schizophrenic and depressed neurotic outpatients", British Journal of Psychiatry, 129, pg. 125-137

Veiel, N.O. (1985), "Dimension of Social Support – a conceptual framework for research" in Social Psychiatry, 20, pg. 165-167

Vieta, E., (2006),"Guide to Assessment Scales in Bipolar Disorder", C.M.G. London, 80 pg.

Vogeley K. (2003), "Schizophrenia as disturbance of the self-construct", in Kircher T., David A., (Eds.), (2003), "The Self in Neuroscience and Psychiatry", Cambridge, pg. 361-379

Vrasti, R. (2009), „Măsurarea psihozei", Psihiatru.ro, Partea I, Nr.17 (2), 50-64, PARTEA II, Nr.18 (3), 60-65

Vraşti, R., (2002), Alcoolismul, Detecție, diagnostic şi evaluare, Ed.Timpolis, Timişoara

Wakefield, J.C. (1999), „Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder", Journal of Abnormal Psychology, 108 (3), 374-394

Walden J., Grunze H., "Bipolar Affective Disorder", Thieme, 2000, 79 pg.

Walter, H., Spitzer, M., "The cognitive neuroscience of agency in schizophrenia", in Kircher, T., David, A., Eds., 2003 "The Self in Neuroscience and Psychiatry", Cambridge University Press, pg. 436-444

Weziroglu F. et al. (1999) "The Overvalued Ideas Scale. Development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder" in "Behavior Research and Therapy", 37, pg. 881-902

WHO (1997), "Multiaxial Presentation of the ICD-10 for use in Adult Psychiatry"

WHO-OMS (2004), "Clasificarea internațională a funcționării, disabilităților şi sănătății" (ediția română)

Widiger, T.A. (2003), „Personality Disorders in the 21st Century", in J.of Personality Disorders, 16 (1), pg.3-6

Widiger, T.A., (1992), „Categorial versus dimensional classification: implication from and for research", J. Of Personality Disorders, 6(4): pg.257-300

Widiger, T.A., Mullins, S.N., (2005), „Categorial and Dimensional Models of Personality Disorder"

Williams, G., Nesse, R., (1991), „The down of Darwinian medicine", Quarterly Review of Biology 66:1-22

Wilson, D.R., (1993), „Evolutionary epidemiology. Darwinian theory in the service of medicine and psychiatry", Acta Biotheoretica, 40, 205-258

Wilson, D.R., Cory, G.A (2007), „The Evolutionary Epidemiology of Mania and Depressia", The Edwin Mellan Press

Wing, J.K., Brown, G.W. (1970), „Institutionalism and schizophrenia. A comparative study of three mental hospitals (1960-1968)“, Cambridge University Press

Winnicott, D.W. (1953), “Transitional objects and transitional phenomena”, International Journal of Psychoanalysis, 34: 1-9

Winnicott, D.W. (1958), “Collected papers: Through pediatrics to psychoanalysis”, Tavistock, London

Wirsch, J. (1949), “La pérsonne du schizophrène”, PVF, Paris

Wittchen, H.V. (1996), „Critical Issue in the Evolution of Comorbidity of Psychiatric Disorders“, British Journal of Psychiatry, 168 (Suppl.30), 9-18

Wittgenstein, L. (2004), “Cercetări filosofice”, Ed. Humanitas, Bucureşti

Wolpert, L. (2001), “Malignant Sadness. The Anatomy of Depression”, London: Fober & Fober

Wölwer W., Gaebel W., (1996) “Negativsymptomatik**,** depressive Symptomatik und Akinese**.** Abgrenzungsmöglichkeiten mit standardisierten Untersuchungsverfahren” in Möller H. J., Engel R. R., Hoff P. (Eds), (1998) „Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und aktuelle Entwicklungen“, Springer Wien, New York, pg. 175-186

World Health Organization, (1992), Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN, Geneva

Yung A., Philips L., McGorry P.D. (2004) “Treating Schizophrenia in Prodromal Phase”, Taylor & Francis

Zahavi, D.,(2003), “Phenomenology of Self”, in Kircher T., David, A., Eds., 2003, “The Self in Neuroscience and Psychiatry”, Cambridge University Press, pg. 56-75

Zohar, J., Hollander E. Et al (2007), „The Cape Town Conssensus Statement. CNS Spectrum, 12:2 (Suppl.3)

Zubin J., Spring B. (1977), “Vulnerability- a new view of schizophrenia”, Journal. Abnorm. Psychosis, 88, pg. 103-126

Zuckerman, M., (1999), “Vulnerability to Psychopathology”, American Psychiatric Association, Washington

Zutt, J., (1963), “Auf dem Weg einer antropologyschen Psychiatrie”, Ed. Springer, Berlin